

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

UNE RÉVOLUTION DANS LA RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE
PAR LE PHARYNGOSCOPE DE HAROLD HAYS.

Par **J. GAREL**,

Médecin honoraire des hôpitaux de Lyon,
Médecin de la clinique oto-rhino-laryngologique de Saint-Luc.

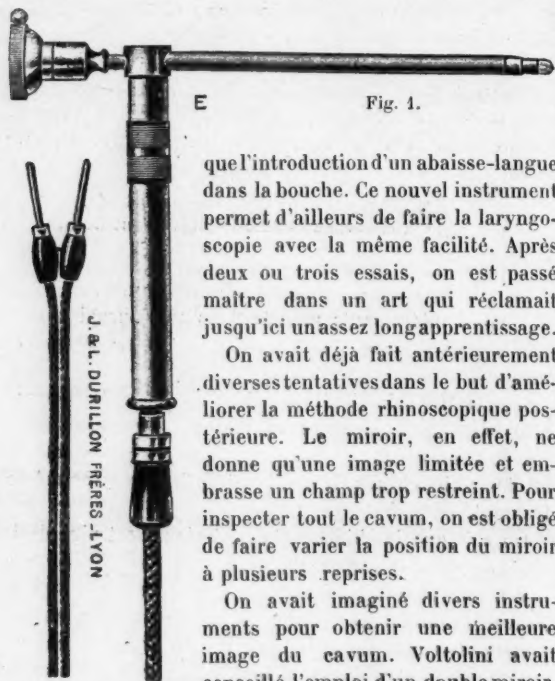
En Juillet dernier, mon attention fut attirée par deux mémoires intéressants publiés dans un journal américain, *The Laryngoscope*, par Harold Hays et par Percy Fridenberg (1).

Harold Hays décrivait son pharyngoscope électrique, qu'il avait déjà fait connaître en mai de la même année dans *American Journal of Surgery*. Fridenberg donnait le résultat des recherches qu'il avait entreprises avec ce même instrument.

On sait que la rhinoscopie postérieure est plus difficile à apprendre que la laryngoscopie. J'ai vu des élèves, déjà formés à la laryngologie, mettre un temps considérable avant de pouvoir examiner les choanés au moyen du miroir rhinoscopique postérieur. Le grand écueil est le voile du palais, qui, dès que le malade ouvre la bouche, se relève en arrière et ferme au miroir l'entrée du naso-pharynx. On a souvent beaucoup de peine à faire comprendre au malade qu'il doit ouvrir la bouche sans effort pour empêcher le redressement

(1) The pharyngoscope, a new electrical instrument for examination of the pharynx, posterior nares, eustachian tubes and larynx, by HAROLD HAYS A. M., M. D., New-York City (*The Laryngoscope*, July 1909, p. 528). — Pharyngoscopic Studies, by PERCY FRIDENBERG M. D., New-York (*The Laryngoscope*, July 1909, p. 535).

du voile. Il faut être très entraîné à la pratique de la rhinoscopie postérieure pour pouvoir la pratiquer en quelque sorte dans tous les cas. Avec le pharyngoscope de Hays, il n'y a plus aucune difficulté, et la rhinoscopie devient aussi simple



quel'introduction d'un abaisse-langue dans la bouche. Ce nouvel instrument permet d'ailleurs de faire la laryngoscopie avec la même facilité. Après deux ou trois essais, on est passé maître dans un art qui réclamait jusqu'ici un assez long apprentissage.

On avait déjà fait antérieurement diverses tentatives dans le but d'améliorer la méthode rhinoscopique postérieure. Le miroir, en effet, ne donne qu'une image limitée et embrasse un champ trop restreint. Pour inspecter tout le cavum, on est obligé de faire varier la position du miroir à plusieurs reprises.

On avait imaginé divers instruments pour obtenir une meilleure image du cavum. Voltolini avait conseillé l'emploi d'un double miroir, dont l'un concave donnait une image agrandie. Comme Cozzolino, il avait essayé l'éclairage électrique postérieur. Valentin, Wertheim avaient pratiqué la salpingoscopie au moyen de prismes ou de miroirs à 45°. Toutes ces méthodes ont été en grande partie abandonnées.

On a eu également recours au cystoscope sans résultat. C'est toutefois de ce dernier appareil que dérive précisément le pharyngoscope de Hays. Cet auteur a apporté à cet instrument

des perfectionnements tels que je le crois appelé à passer dans la pratique courante. Je vais d'abord en donner la description exacte avant d'indiquer son mode d'emploi.

L'appareil E se compose de deux parties : l'une horizontale A, qui sera introduite dans la bouche ; la seconde B se visse sur la première ; elle est munie d'une virole qui se pousse de bas en haut pour fermer le courant, et elle se termine par les conducteurs souples reliés à la source électrique employée.

La partie horizontale A (fig. 2) est un tube aplati servant d'abaisse-langue et portant à son extrémité de petites am-

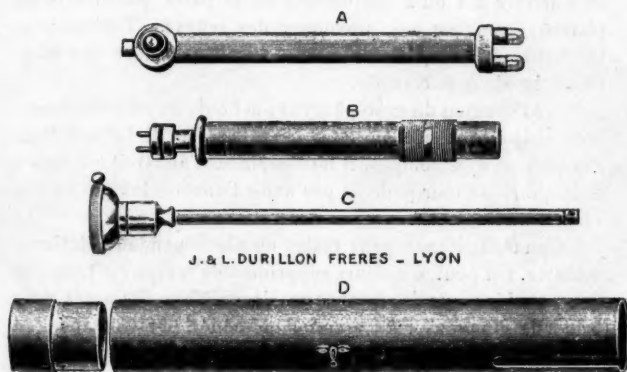


Fig. 2.

poules électriques dont les conducteurs sont contenus dans les parties latérales du tube. Au centre, on glisse la tige C, appareil télescopique comportant en arrière un oculaire et en avant un petit prisme à réflexion totale, dont la face supérieure est formée d'une lentille minuscule ou objectif. C'est un système optique semblable à celui du cystoscope de Otis. Lorsque le pharyngoscope est en place, la lentille regarde en haut et se trouve encastrée entre les deux lampes à incandescence.

L'appareil télescopique C glisse non seulement dans le tube A, mais il peut encore tourner dans tous les sens ; aussi l'oculaire porte à sa périphérie une petite boule de métal qui

indique toujours la position exacte de la lentille. Cette lentille a un court foyer de 2^{cm},5 environ, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble de la région explorée. Néanmoins on a une image très nette plus grande que nature dont on peut étudier les moindres détails.

Le pharyngoscope se place dans la bouche comme un abaisse-langue ordinaire. On prie ensuite le malade de fermer la bouche et de respirer régulièrement et profondément par le nez, de manière à éviter toute contraction du côté du voile du palais. Dans l'introduction, on aura soin autant que possible de s'arrêter à 1 ou 2 millimètres de la paroi postérieure du pharynx pour ne pas provoquer des réflexes. Toutefois, si le malade était trop sensible, on n'aurait qu'à faire une anesthésie locale à la cocaïne.

Pour l'examen du naso-pharynx, la boule de métal de l'oculaire doit être placée en haut, et en bas pour le larynx. Pour l'inspection des trompes, il faut déplacer l'appareil en masse d'un quart de tour pour ne pas avoir l'une des lampes dans le champ de l'objectif.

Le pharyngoscope peut rester en place pendant plusieurs minutes. On peut d'ailleurs supprimer de temps en temps le courant, bien que les lampes ne s'échauffent pas assez pour brûler la muqueuse. Au premier moment de l'introduction, il se dépose de la buée sur l'objectif, mais elle disparaît très vite grâce à la chaleur développée de chaque côté par les deux ampoules à incandescence.

Le seul inconvénient du pharyngoscope réside dans la difficulté de la désinfection. Comme la stérilisation par la chaleur est impossible, on aseptise l'instrument par un lavage minutieux au savon ou à l'alcool. Tous les angles sont mousses et faciles à nettoyer. On retire la tige C pour lui faire subir la même opération. L'intérieur du tube A est soigneusement écouvillonné au moyen d'une tige porte-coton. Cela fait, on remonte l'appareil et on le frotte abondamment avec une solution de lysol ou d'acide phénique. On peut aussi le faire baigner dans une éprouvette contenant l'une de ces solutions.

Avant de fermer l'appareil dans son écrin, on le place dans un tube métallique au fond duquel se trouve une boîte conte-

nant une pastille de formaline recouverte de coton. La stérilisation devient ainsi permanente au repos.

Malgré cet inconvénient, le pharyngoscope de Hays est certainement l'instrument le plus perfectionné qui ait été inventé jusqu'à ce jour pour l'examen du naso-pharynx et du larynx.

Lorsqu'on fait la rhinoscopie postérieure, il est bon de relever le manche de l'instrument de telle sorte que la branche horizontale prenne une position oblique. On voit alors du même coup toute la région postérieure : le dos du voile, la luette, la voûte du pharynx nasal, par côté les éminences tubaires



Fig. 3.

et les orifices des trompes, et au centre la cloison, les choanes et les cornets (fig. 3). C'est là un des grands mérites de l'appareil de donner une vue d'ensemble. On peut ainsi examiner par comparaison les deux trompes ; on se rend compte de l'importance de bourgeons adénoïdes, et on reconnaît l'origine précise de certaines sécrétions nasales.

J'ai déjà appliqué cet instrument sur plusieurs malades et j'ai été émerveillé de la simplicité de la manipulation. J'ai examiné plusieurs cas de végétations adénoïdes, j'ai vu un cas de sténose cicatricielle des choanes, des adhérences pharyngo-tubaires, etc. Et tout cela s'observe chez des malades respirant tranquillement, la bouche fermée. En outre,

grâce à cette fermeture de la bouche, on peut se livrer à des études physiologiques sur les mouvements du voile et de la luvette, des pavillons tubaires; on peut étudier le mécanisme du bâillement, de la déglutition. L'otologiste suivra l'introduction des sondes et des bougies dans les trompes. Il sera également facile d'orienter l'anse pour l'extraction des polypes des choanes, parfois invisibles par la rhinoscopie antérieure. On appréciera mieux le point de départ de certaines hémorragies nasales à origine postérieure. On suivra la pénétration des injections de liquides dans la trachée par la méthode pharyngée de Mendel ou par la méthode nasale de Marengos.

Comme je l'ai déjà dit, si l'on tourne en bas la boule métallique de l'oculaire, le larynx apparaît alors en totalité avec toute la région environnante : base de la langue, amygdale linguale, fossettes glosso-épiglottiques et piriformes, ligaments aryéno-pharyngo-épiglottiques et hypopharynx (fig. 4). Le larynx situé plus bas que les parties environnantes apparaît sous des dimensions proportionnellement plus restreintes, mais ce qui frappe au premier abord, c'est la facilité avec laquelle se voit la commissure antérieure. On peut observer les différentes positions des cordes vocales dans la respiration, la phonation et dans l'effort.

Les examens du cavum et du larynx chez les enfants sont simples et faciles, si on a la précaution de ne point faire briller d'avance les lampes aux yeux des petits malades.

Je tenais à faire connaître ce merveilleux appareil clinique. Sans doute, sauf de rares exceptions, il ne peut servir qu'au diagnostic ou aux recherches physiologiques. Le médecin pourra étudier toutes les altérations organiques ou fonctionnelles des régions laryngo et pharyngo-nasales. Le physiologiste suivra les divers mouvements physiologiques de ces régions, comme s'il était installé en observateur dans les cavités mêmes du sujet en expérience.

J'ose appeler l'invention de Hays une grande découverte, car elle ouvre une ère nouvelle dans la spécialité et plus encore dans la médecine générale, puisqu'elle permet au premier venu de se familiariser en quelques minutes avec les méthodes d'examen du larynx et de la cavité naso-pharyngée.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (1).

Par **S. LAUTMANN** (de Paris).

On a constaté de différents côtés que le pronostic de nombre d'affections réputées pour leur malignité a changé de caractère. Sans parler du croup, de la rage, de la méningite épidémique, pour lesquels les découvertes du siècle dernier nous ont donné des remèdes spécifiques, il est indéniable que quantité d'autres affections contre lesquelles nous n'avons pas encore de remède spécifique prennent souvent une évolution nullement en proportion avec la triste renommée attachée au nom de ces maladies. Pour ne citer qu'un exemple, le tabes n'est plus aujourd'hui cette terrible maladie qui devait conduire infailliblement à l'infirmité et à la mort. La tuberculose, dont il fallait encore naguère soigneusement cacher le diagnostic au malade, paraît aujourd'hui à tel point curable que nous n'hésitons pas à conseiller aux tuberculeux d'entrer dans des hôpitaux spéciaux. De même la syphilis a beaucoup perdu de son caractère terrifiant, quoique pas encore au même degré que la tuberculose. Si le médecin n'hésite pas et même ne doit pas hésiter à informer son client qu'il est atteint de tuberculose, des précautions et une certaine diplomatie s'imposent quand il s'agit d'énoncer le diagnostic de syphilis. Ces précautions sont autant dans l'intérêt du malade que du médecin. Le professeur Fournier a bien mis en garde contre le terrible choc moral que peut éprouver un malade quand il apprend qu'il est atteint de syphilis. Ce choc peut conduire des individus de sensibilité

(1) Communication au XVI^e Congrès international de médecine à Budapest.

exagérée jusqu'au suicide. Nous connaissons pour notre part deux cas de suicide de jeunes gens chez lesquels toute autre raison n'a pu être déterminée. Dans notre spécialité, une certaine réserve s'impose également, cette réserve ne serait-elle dictée que par des raisons de prudence élémentaire. Car, si les cas où le diagnostic peut être fait du premier coup sont nombreux, il suffit d'ouvrir au hasard un de nos journaux de spécialité pour voir combien le diagnostic de syphilis en rhino-laryngologie devient parfois difficile.

Comme toujours en thérapeutique, un bon traitement découle d'un bon diagnostic. Ce diagnostic doit être aussi précoce que possible tant qu'il s'agit du chancre ou de la gomme, et aussi détaillé que possible dans la période secondaire. La précocité du diagnostic du chancre dans notre spécialité s'impose déjà pour des raisons de prophylaxie, car en effet la plupart des chancres en rhino-laryngologie se voient sur les lèvres, ported'infection bien plus grande et dangereuse que n'importe quel autre siège du chancre. Il est facile à concevoir que même les plaques muqueuses ne sont pas aussi dangereuses qu'un chancre de la lèvre, par exemple. La deuxième raison n'est pas spéciale au chancre des voies respiratoires supérieures. Tous les syphiligraphes tendent de plus en plus à instituer un traitement spécifique aussitôt le diagnostic posé. Kaposi hésitait encore à instituer le traitement général à la période du chancre. Il croyait qu'à ce moment le traitement de la sclérose seule suffisait à occuper l'attention du malade et du médecin. De plus, il ne fallait pas empêcher l'éruption de la roséole, qui viendrait confirmer un diagnostic toujours hésitant jusqu'à ce moment. Dans quel trouble n'allait-on pas se trouver vis-à-vis d'un malade soigné par prophylaxie seulement au moment du chancre et chez lequel la roséole ne devait pas venir. A-t-il ou n'a-t-il pas eu un chancre syphilitique? Était-ce une plaie banale, infectée, un chancre mou, un chancre dur? Il est évident que, depuis la découverte de l'agent spécifique de la syphilis, cette raison n'est plus aussi valable que du temps de Kaposi et perd encore de sa valeur dans notre spécialité où réellement les cas douteux ne sont pas si fréquents et où un chancre syphilitique

a le plus de chance d'être confondu avec une autre lésion syphilitique, la gomme.

Pourtant il faut bien savoir que parfois l'angine de Vincent peut prendre à tel point la forme d'un chancre syphilitique que, sans l'examen microscopique, le diagnostic est impossible. Nous avons observé un cas apparu chez un jeune homme dans des conditions si spéciales que quatre diagnostics différents ont été faits par des médecins compétents jusqu'à ce que la reconnaissance des bacilles fusiformes ait fait réfuter tous les autres diagnostics posés. L'évolution ultérieure a prouvé qu'il ne s'est pas agi de chancre syphilitique. Aujourd'hui nous ne nous associerions pas si facilement au diagnostic d'angine de Vincent pour réfuter le diagnostic de chancre syphilitique depuis que Texier a publié (*Annales des maladies de l'oreille*, 1905, t. II, p. 362) un cas de coexistence des bacilles fusiformes de Vincent avec le tréponème.

Il existe encore des spécialistes qui déconseillent d'instituer le traitement général pendant la première période encore pour la raison suivante. Le traitement général n'a aucune action sur la guérison du chancre, fait admis par tout le monde. Mais il n'aurait non plus aucune action contre la syphilisation ultérieure. Détruirait-on même le chancre par le feu et le fer, instituerait-on même le traitement abortif intensif qu'on n'empêcherait pas les accidents secondaires de se manifester. On reculera leur apparition et on mettra peut-être l'organisme dans des conditions bien moins favorables quand enfin l'invasion inévitable de l'organisme se fera. Or cette façon de voir est certainement contraire à ce que nous avons pu constater nous-même, non pas dans l'évolution des chancres des voies respiratoires supérieures, dont le nombre est naturellement très restreint et ne permet pas à l'expérience d'un seul observateur d'émettre une opinion sur un point d'une telle gravité, mais dans l'évolution du chancre en général. Or il m'est impossible de ne pas mentionner à cette occasion l'évolution diamétralement opposée qu'a prise la syphilis chez deux amis, dont un est devenu la victime de la syphilis contractée de son ami, atteint d'un chancre du pénis. Tandis que ce dernier s'est fait soigner aussitôt son

chancre reconnu, son ami par fausse honte a caché son affection jusqu'au moment où de graves lésions du pharynx et un mauvais état général l'ont obligé à se confier à moi. Quatre ans après le début de la syphilis, ce dernier n'en est pas encore débarrassé entièrement et commence même à présenter des signes indubitables d'une lésion parasymphilitique de la moelle, tandis que son ami, soigné dès le début du chancre, n'a jamais eu le moindre accident syphilitique, à part une roséole micro-papuleuse et quelques plaques rares de la bouche. Nous avons mentionné ce cas spécialement, mais il nous a été donné de constater que la syphilis, qui n'a pas été soignée dès le début du chancre d'une façon aussi intense que possible, a évolué moins bien que celle où le traitement a été institué dans toute sa rigueur dès la reconnaissance du chancre induré.

*
*
*

La précocité du diagnostic est également nécessaire, avon-nous dit, quand il s'agit de la syphilis de la période tertiaire. Ici il n'est plus question de modifier l'évolution de la maladie. Quand la gomme paraît, le sort du malade est déjà depuis longtemps décidé et dépend surtout de l'intensité avec laquelle la syphilis a été traitée avant l'apparition de la gomme. Il faut suivre le malade pendant un temps assez long, pendant des années, pour voir que souvent la disparition miraculeuse d'une gomme n'a été qu'une simple trêve. Parfois, malgré un traitement des plus intensifs institué pour la première fois après l'apparition de la gomme, les lésions plus graves du tertiariisme et de la parasymphilis s'installent même sous l'œil du médecin. On connaît des cas où des gommages multiples se sont développées au cours même du traitement antisymphilitique. Que dire alors si le tabes et la paralysie progressive n'ont pu être enrayés malgré un traitement des plus énergiques institué, hélas ! trop tard. Nous suivons actuellement une malade chez laquelle l'apparition d'une gomme du palais a mis sur la bonne voie le diagnostic d'une affection nerveuse traitée de différents côtés comme

neurasthénie et hystérie. Traitée trop tard, cette malade paraît également suivre la loi qui régit la syphilis trop tard on insuffisamment soignée.

Si, pendant le tertiarisme, la maladie comme telle ne peut plus profiter sensiblement de la précocité du diagnostic, les dégâts qu'occasionnent les infiltrations gommeuses et les gommes pourront au contraire être réduits au minimum si l'on ne perd pas de temps. La rapidité remarquable avec laquelle les gommes des voies respiratoires disparaissent, si on ne leur laisse pas le temps d'évoluer et de créer des lésions indélébiles, devrait nous inciter à une promptitude plus grande à les attaquer. Mais, en pratique, nous nous conformons très rarement à cette façon d'agir, par la simple raison que nous avons une certaine hésitation à diagnostiquer la syphilis des voies respiratoires supérieures.

Notre littérature surabonde en publications relatant les erreurs de diagnostic commises sous ce rapport. Pour n'en citer que quelques-unes, nous mentionnerons les gommes de l'amygdale prises pour des carcinomes, des lympho-sarcomes (Trétrop), les infiltrations syphilitiques du larynx prises pour de la tuberculose.

Parfois on suppose bien qu'il peut s'agir de syphilis, et on institue un traitement d'essai. Or nous aurons à expliquer plus loin comment ce traitement, même très intensif, peut tromper, même quand il s'agit d'un cas authentique de syphilis. Mais il est inadmissible de vouloir trancher le diagnostic hésitant par un traitement insuffisant. Tel a été le cas d'un malade présenté à des élèves comme atteint de laryngite tuberculeuse, parce que non guéri par un traitement spécifique insuffisant et guéri par nous d'une syphilis du larynx par un traitement intensif continué pendant deux mois.

A ce propos, il faut nous arrêter à un travail de Grunberg, qui, d'après notre opinion, est bien fait pour augmenter le trouble dans ce diagnostic parfois si difficile de tuberculose et de syphilis des voies respiratoires supérieures. Dans un travail paru dans la *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, (t. LIII, p. 346), Grunberg recommande très prudemment, il est vrai, l'iodure de potassium dans le traitement de la

tuberculose des voies respiratoires supérieures. Comme l'auteur lui-même ne voit pas dans l'iodure de potassium la vraie médication de la tuberculose des voies respiratoires supérieures, mais seulement un auxiliaire du traitement d'une affection qui dans beaucoup de cas peut guérir, comme il le dit, spontanément, nous n'aurions pas fait attention aux conclusions du travail, si l'auteur ne disait pas que dans un diagnostic différentiel de syphilis et tuberculose il ne fallait tenir aucun compte de l'action curative de l'iodure de potassium. Loin de nous l'idée de vouloir toujours considérer comme syphilitique ce qui guérit par l'iodure de potassium, mais ce serait se refuser à l'évidence même que de vouloir hésiter longtemps entre le diagnostic de syphilis et de tuberculose si l'action de l'iodure de potassium est éclatante. Du reste, Grunberg ne peut pas s'empêcher de citer l'opinion de M. Schmidt, qui dit que les cas guéris par l'iodure de potassium étaient des cas méconnus de syphilis. M. Schmidt n'a jamais pu constater un effet curatif de l'iodure de potassium sur les affections tuberculeuses des voies respiratoires supérieures. A la suite de Grunberg, nous avons essayé l'emploi de l'iodure de potassium, dans plusieurs cas de tuberculose et de lupus du nez, de la langue, et nous pouvons dire que dans aucun cas nous n'avons vu se produire de guérison ou d'amélioration. Gleitsmann, dans son rapport au 1^{er} Congrès international de laryngologie de Vienne, 1908, mentionne l'iodure de potassium, mais ne semble pas l'avoir employé contre la tuberculose. Il nous semble donc que l'iodure de potassium n'a rien perdu de sa valeur comme pierre de touche dans le diagnostic différentiel de la syphilis d'avec les autres maladies des voies respiratoires supérieures.

Il nous faut encore attirer l'attention sur une forme de la syphilis qui expose à des erreurs de diagnostic et, ce qui est plus grave, occasionne une fausse thérapie. Nous voulons parler de la syphilis du maxillaire. Le plus souvent cette forme de syphilis simule la sinusite maxillaire. Nous avons observé, dans l'espace d'un an, 2 cas dont un a été même traité dans un service d'hôpital par des ponctions diaméatiques répétées, et un autre où cette ponction proposée en ville

a suffi pour mettre le malade en fuite. Les 2 cas ont guéri parfaitement, l'un sans trace aucune, l'autre après exfoliation d'un petit séquestre de l'apophyse frontale du maxillaire. Dans un article paru dans l'*Arch. für Laryngologie* (t. XIV, p. 395), sur la nécrose syphilitique du maxillaire, Treitel rapporte quelques observations publiées dans la littérature. Nous avons eu occasion de suivre un cas de syphilis tertiaire du maxillaire où, cinquante-deux ans après le début du chancre chez un vieillard de 73 ans atteint et opéré deux ans auparavant de leucoplasie buccale, s'est développée une névralgie du trijumeau contre laquelle tout l'arsenal thérapeutique a été mis en œuvre par des sommités médicales. Cette névralgie a été symptomatique d'un processus syphilitique profond qui, quelques mois plus tard, s'est extériorisé par une nécrose maxillaire sous l'angle interne de l'œil. Plusieurs médecins consultés et des plus autorisés se sont longtemps refusés à y voir la syphilis, et le malade, après avoir parcouru toute la gamme des procédés antinervins, n'a été en définitive soulagé que par l'iodure de potassium.

* *

Nous avons dit que dans la période secondaire la précocité du diagnostic, pour très utile qu'elle soit, ne s'impose pas autant que dans les deux autres périodes. La syphilis secondaire des voies respiratoires supérieures, comme la syphilis secondaire en général, a une tendance spontanée à s'éteindre dans ses manifestations éphémères. Rarement la dysphagie devient telle qu'elle réclame à tout prix un soulagement, de même à part la raucité classique de la voix, les lésions secondaires du larynx ne nous obligent pas à poursuivre coûte que coûte leur disparition, car il arrive que, malgré un traitement très intensif, les lésions secondaires ne disparaissent pas, repoussent pour ainsi dire sous l'examen du laryngologiste. De semblables malades sont théoriquement excessivement dangereux au point de vue de la contagion, et la tradition veut que nous cherchions la disparition des lésions par le traitement spécifique poussé à bout. C'est une

erreur. Souvent on risquera d'arriver à la limite de la tolérance pour le mercure sans avoir autrement influencé ces malades. Il est nécessaire alors d'abandonner le traitement spécifique, même si les plaques muqueuses n'ont pas disparu, et on se trouvera bien du phosphore et de l'arsenic. L'arsenic sous forme d'atoxyl ou d'un autre de ses succédanés, tout dernièrement vanté comme spécifique de la syphilis, est un médicament très dangereux qu'il vaut mieux ne pas employer. Sous forme de piqûres de cacodylate de soude à hautes doses, seul ou combiné à la liqueur de Fowler prise à l'intérieur, l'arsenic agira comme un puissant tonique de l'organisme. Parfois, quand les conditions se sont présentées, nous avons eu recours avec succès aux eaux minérales surtout sulfureuses.

Pendant la période secondaire, la syphilis évolue surtout sur le terrain bucco-pharyngé, tandis que très souvent le reste du corps ne porte plus de traces de syphilis. Il est évident que des conditions toutes locales, si nous pouvons dire, sont en grande partie la cause de cette manifestation syphilitique. En conséquence, on verra d'autant plus facilement les accidents secondaires apparaître que ces conditions seront plus favorables, à savoir mauvais état de la bouche, des dents, présence de végétations adénoïdes, des grosses amygdales, obstruction nasale avec sa conséquence de respiration buccale, abus de tabac, des spiritueux. Parfois on ne peut incriminer aucune de ces raisons et, malgré cela, les plaques muqueuses semblent vouloir s'éterniser. Dans ces cas, nous avons trouvé que la syphilis n'a pas été soignée suffisamment dès son début ou que des tares organiques ajoutent leur facteur de résistance. Nous ne mentionnons pas spécialement l'inefficacité du traitement spécifique chez des gens trop avancés en âge, ni les complications dues aux maladies du rein, du foie, affections qui évidemment ne bénéficieront pas ni de l'infection surajoutée, ni du traitement mercuriel, mais nous voulons nous arrêter encore une fois à la complication de la syphilis avec la tuberculose, au scrofulate de vérole, comme l'a appelée Fournier.

Dans nombre des traités classiques, le traitement spéci-

fique est décrit comme particulièrement dangereux chez les tuberculeux syphilitiques. On envisage tous les dangers qui menacent le tuberculeux pendant la longue période de la syphilis secondaire, et on va même jusqu'à prétendre que la mercurialisation intense du syphilitique implique pour celui-ci un danger de mort. Or, cette appréciation est aussi exagérée que l'est l'opinion contraire soutenue par Barthélemy, d'après laquelle le traitement spécifique non seulement guérit les manifestations actuelles de la syphilis, mais même améliore considérablement l'état général et les localisations de tuberculose (Émile Sergent, *Presse médicale*, 1908, p. 639). Cette vertu curative sur les affections tuberculeuses, le mercure ne peut l'avoir, et quant à l'iodure de potassium, nous nous sommes expliqué déjà plus haut. En pratique, ces considérations sont très souvent superflues pour la simple raison que très souvent nous ne nous apercevons même pas que notre syphilitique est en même temps un tuberculeux. Pourtant c'est une faute comme toujours de ne pas examiner son malade entièrement, et parfois le traitement souffre de cette négligence.

Il nous paraît intéressant de rapporter à cette occasion une observation typique. Il s'agit d'un jeune homme issu de famille tuberculeuse arrivé à l'âge de 22 ans sans maladie sérieuse. En avril 1908, le malade prend un chancre qu'il n'a pas fait soigner. Il vient consulter en juin pour une lassitude générale et de la raucité de la voix. A ce moment, la syphilis est découverte et le malade soumis au traitement par des injections de benzoate de mercure. Malgré des injections suivies en séries, tous les deux jours une piqure de 0,04 de benzoate de mercure, ni l'état général ni l'état local ne font des progrès sérieux. Au mois d'août paraissent successivement deux ganglions dans la région de la parotide et dans la région sous-maxillaire. Ces ganglions se ramollissent et sont traités par la ponction et par l'injection de naphthol camphré et de la teinture d'iode. Le malade est soumis à ce moment à un examen général. Ses antécédents sont très chargés au point de vue de la tuberculose. Ses parents sont morts très jeunes, le père sûrement mort de tuberculose. Une de ses sœurs est

soignée pour de la tuberculose. Chez le malade, à part une respiration rude des sommets, il n'est pas possible de trouver une lésion nette de tuberculose. Comme le malade indique qu'il a de la difficulté à respirer, qu'il a une tendance aux rhumes de cerveau, j'exécute en septembre l'amputation des deux queues de cornets. En attendant, il y a toujours eu des récidives, des plaques muqueuses malgré que le malade ait complètement renoncé au tabac. Au mois d'octobre, les ganglions sont guéris, la respiration nasale est parfaite et le malade présente des syphilides croûteuses du cuir chevelu, des plaques muqueuses sur les amygdales. On supprime le traitement mercuriel par les piqûres, et on le remplace par les pilules de proto-iodure, auxquelles on ajoute des gouttes d'arsenic. Au milieu d'octobre, le malade présente de l'urticaire, les plaques de l'amygdale ont disparu, mais d'autres ont apparu aux commissures labiales. Les syphilides du cuir chevelu n'ont aucune tendance à diminuer. On supprime alors tout traitement interne et on se contente purement d'un traitement local, devenu d'autant plus nécessaire qu'une chute de cheveux très marquée est apparue. Le malade va mieux jusqu'en novembre, où il revient à cause d'une bronchite. Mis au régime de l'huile de foie de morue et des piqûres de benzoate de mercure bi-hebdomadaires à raison de 5 centigrammes de benzoate de mercure, une notable amélioration se manifeste dans l'état général. Nouvelle trêve jusqu'au mois de mars, où le malade revient avec une raucité de la voix et se plaignant de douleurs dans la gorge. On trouve cette fois le pharynx libre de plaques muqueuses, mais dans le larynx l'épiglotte est tuméfiée, pâle, irrégulière dans ses bords. La paroi postérieure du larynx est légèrement tuméfiée, les bandelettes ventriculaires et les cordes vocales sont rouges; aux coudes et aux genoux siègent des syphilides croûteuses. Six piqûres hebdomadaires d'huile grise amènent une guérison complète de cette laryngite qui, certainement à plus d'un titre, paraissait suspecte de tuberculose. La syphilis depuis ce temps-là a paru vouloir quitter les voies respiratoires supérieures pour commencer son jeu par une onychie des pieds et des mains.

Un syphilitique n'a donc aucun avantage à être en même temps entaché d'une autre tare organique; mais, encore une fois, il nous paraît exagéré de dire avec Landouzy : la pire association morbide que je connaisse est l'union d'une tuberculose pulmonaire avec une syphilis commençante. Tout au plus pourrait-on craindre une évolution particulièrement grave quand la tuberculose vient se déclarer chez un syphilitique.

Quant aux différents modes de traitement de la syphilis, ils ont cédé presque tous devant celui dont les bases fondamentales ont été tracées par Fournier. Nous voulons nous arrêter seulement à quelques détails qui sont encore, à l'heure actuelle, objets de discussions.

Commençons par le chancre. Il n'est pas question dans notre spécialité de l'excision; au moins ne connaissons-nous pas un cas dans la littérature. Toutefois rien ne s'oppose à ce qu'à l'occasion un chancre de l'amygdale ne soit pas attaqué par un morceleur ni même qu'un chancre de la lèvre ne soit excisé. Dans un cas de chancre de la lèvre, nous avons obtenu, au point de vue de la guérison du chancre, un excellent résultat par l'application de l'air chaud.

Un de nos malades a été latéralement désolé, non seulement par l'idée d'avoir le chancre, mais aussi par l'impossibilité où il se trouvait de cacher une vilaine ulcération de la lèvre inférieure. Les topiques usuels essayés pendant quelques jours étaient absolument incapables de modifier l'état, ni de cacher l'aspect du chancre, quand l'idée nous vint d'essayer l'application de l'air chaud. Grande fut notre surprise de voir au bout de quatre jours le chancre, qui ne voulait céder à aucun traitement, se cicatriser rapidement et diminuer de volume. Bientôt l'emplâtre mercuriel, qui n'avait pu tenir jusque-là sur la plaie, permettait une occlusion parfaite. C'est le seul cas où nous ayons eu à essayer l'air chaud, mais nous nous promettons d'y recourir à l'occasion. En même temps nous avons naturellement institué le traitement général.

Nous sommes d'autant plus d'avis de soigner aussi radica-

lement que possible par un traitement local le chancre que nous sommes d'avis que, à l'instar d'une tumeur maligne, le chancre ne cesse pas d'envoyer des métastases dans l'organisme tant qu'il existe.

Mais les conditions spéciales du siège du chancre nous imposent quelques réserves, et nous conseillons vivement de s'abstenir de toute médication d'effet problématique et risquant de rendre le chancre plus visible. C'est dans ce sens que nous ne pouvons accepter ni les cautérisations ignées, ni les cautérisations chimiques (acide phénique) conseillées en dernier lieu par Saint-Clair Thomson (*Annales*, 1907, p. 562). Aujourd'hui les appareils à air chaud sont assez répandus, leur maniement très facile. Une ou deux séances par jour sont nécessaires. Entre les séances, toutes les fois que ce sera possible, le chancre sera recouvert d'un petit emplâtre de Vigo. Nous commençons tout de suite, dès que le chancre est reconnu, le traitement général de la syphilis pour les raisons expliquées plus haut.

Quant au traitement général, les opinions des différents auteurs ne sont unanimes que sur un point, que le seul médicament de l'infection syphilitique est le mercure et que l'iode est le dissolvant du tissu syphilitique. Mais où les différences commencent, c'est quand il s'agit de choisir le mode d'administration du mercure. Il existe actuellement trois principales méthodes d'introduction du mercure dans l'organisme : l'ingestion, la friction et l'injection. Or voici l'opinion de Lévy-Bing résumant les idées de son maître Barthélemy sur le traitement par la friction : « Je n'insisterai pas pour rappeler que la friction constitue un traitement sale, incommode et affichant, que son action est extrêmement inégale, qu'elle est plus que toute autre méthode une cause de stomatite et de stomatite souvent grave d'emblée » (*L'Œuvre médico-chirurgicale*, n° 54, 1909). Cette opinion est certainement en contradiction avec celle de beaucoup de syphilologues. Nous-même nous ne nous associons pas à cette condamnation de l'« inunctions cur », ayant trouvé dans notre clientèle des cas où pratiquement tout autre mode de mercurialisation était impossible.

Une de nos malades atteinte, en même temps que d'une gomme du palais, d'un processus syphilitique de la moelle avait de telles crises douloureuses après chaque piqûre que, sur le conseil du professeur Brissaud, il nous a fallu recourir au traitement par les frictions. Le reproche de l'infidélité qu'on fait à ce traitement est certainement souvent justifié si l'on voit avec quelle légèreté et quelle irrégularité les malades ne connaissant pas le mécanisme de l'action emploient ce traitement. Quand le médecin a recours au traitement par les frictions, il doit ou le faire appliquer par un masseur spécial, ou surveiller lui-même très sérieusement l'application.

C'est la façon spéciale d'appliquer le mercure qui a fait la réputation mondiale d'une certaine ville d'eaux et non pas l'action tout à fait problématique de ses eaux.

Quant à l'ingestion du mercure sous forme des pilules ou sous forme de la liqueur de Van Swieten, elle constitue un traitement de pis-aller ne devant jamais faire la base du traitement. Malheureusement, à cause de sa commodité, ce traitement est très répandu surtout dans la clientèle hospitalière. Absolument inefficace quand il s'agit de combattre des lésions graves, il n'est dans bien des cas que l'occasion d'une dyspepsie.

La seule façon raisonnable de traiter la syphilis sont les injections intramusculaires. Les partisans des solutions solubles sont au moins aussi nombreux que les partisans de l'huile grise. Personnellement, après avoir longtemps employé uniquement des solutions solubles biiodure et benzoate de mercure, nous avons beaucoup restreint leur emploi. Avec les solutions bien faites d'huile grise, qu'on peut facilement se procurer dans le commerce, et la seringue de Barthélemy, qui permet un dosage rigoureux, on peut se mettre à l'abri de la plupart des inconvénients qui font hésiter beaucoup de médecins encore à se servir de l'huile grise (Dieulafoy, Gaucher). Il nous faut signaler un inconvénient de l'huile grise qu'il est difficile d'éviter et de prévoir : ce sont les accidents de violente dyspnée avec constriction thoracique éclatant brusquement au cours d'une série de piqûres bien supportées jusqu'à ce jour. Malgré leur apparence dramatique (un de nos

malades, très nerveux du reste, était pris d'une telle angoisse qu'il ne craignait rien moins que de mourir), ces accidents prennent généralement une terminaison rapide et heureuse.

Au bout de quelques heures, tout rentre dans l'ordre, et, après une suppression de six semaines, on peut de nouveau recommencer les piqûres. Il s'agit probablement d'un état d'anaphylaxie (Richet). La mercurialisation par l'injection de sels insolubles a le grand avantage sur l'injection avec des sels, solubles, d'une action lente, continue et en conséquence énergique. Elle a encore l'avantage inappréciable sur l'injection soluble de ne pas être douloureuse.

Les injections de sels solubles sont, malgré toutes les précautions de technique et modifications pharmaceutiques, exceptionnellement non douloureuses. Nous les employons toujours quand il faut agir rapidement.

On ne peut rien attendre des injections d'huile grise avant quinze jours. Dans cet espace de temps, avec les injections de benzoate de mercure, nous avons souvent fait disparaître, sans laisser de traces, des infiltrations syphilitiques et des gommés de la grandeur d'une cerise dans le larynx. Il est vrai que nous avons depuis longtemps délaissé les doses timides du début (0^{es},5 de la formule de Panas et les doses généralement employées de 2 centigrammes). Nous injectons couramment 4 et 5 centigrammes de benzoate de mercure jusqu'à présent sans le moindre inconvénient. Nous n'avons qu'exceptionnellement eu recours au calomel, dont la réputation de rapidité est certainement surfaite.

Malgré toutes les opinions théoriques sur la valeur du mercure comme action spécifique de la syphilis, tous les médecins sont aujourd'hui d'accord pour faire suivre aux syphilitiques le traitement chronique et intermittent, comme on appelle assez heureusement le traitement, et néanmoins nous répétons qu'il nous semble inutile, voire même nuisible, de s'acharner avec le traitement général après chaque manifestation secondaire. Qu'est-ce que la disparition d'une plaque muqueuse au cours d'une maladie qui, comme nous l'avons vu dans un cas, peut s'éveiller d'une façon agressive même après un demi-siècle de latence? Ces accidents secondaires des voies respi-

ratoires supérieures céderont plus ou moins rapidement au traitement général, et nulle hâte ne doit être apportée à les combattre, mais ce qu'il faut surtout, c'est ne pas négliger le traitement local. Or c'est souvent le cas dans la syphilis des voies respiratoires supérieures. C'est chose courante de toucher une plaque muqueuse de l'amygdale ou de la lèvre avec le crayon de nitrate d'argent, mais rares sont les médecins qui apportent le même soin local aux affections secondaires du larynx, du nez et du rhino-pharynx. Or nous avons la conviction que là où les plaques muqueuses ont fait leur apparition répétée naîtront plus tard des gommés. Une de nos malades a été très surprise un jour de se voir découvrir une gomme dans le palais.

Cette femme, âgée de quarante ans, ne se rappelle pas avoir jamais eu la syphilis. Pourtant, questionnée, elle se rappelle avoir fait un an après son mariage, à l'âge de vingt ans, des visites très fréquentes chez un éminent spécialiste qui lui prescrivait toutes sortes de gargarismes pour sa soi-disant pharyngite. Nul doute qu'une syphilis secondaire n'avait pas été reconnue à ce moment.

Une autre de nos malades atteinte d'une gomme dans le larynx prétend avoir eu sept, ou huit ans auparavant, une affection de la gorge qu'elle a toujours cru avoir gagnée de son mari. Nous appliquons en conséquence toujours un traitement très énergique aux affections secondaires que nous rencontrons dans les voies respiratoires supérieures, sans nous dissimuler les dangers auxquels on s'expose en badigeonnant trop soigneusement les larynx des syphilitiques, car, chose curieuse, c'est généralement dans des larynx à réflexes très vifs que la syphilis aime à se localiser.

Mais il ne faut pas croire que ces attouchements aident à la cicatrisation des plaques muqueuses d'une façon remarquable. Nous avons pu nous convaincre que, chez le même malade, les plaques cautérisées d'un côté ont mis autant de temps à disparaître que les plaques non cautérisées du côté opposé.

Nous avons dit plus haut que le mercure était le médicament de la maladie syphilis. Son rôle le plus grand se jouera dans

les première et deuxième phases de la maladie. Quand la syphilis entre dans la période de la néoformation et constitue les gommès et les infiltrations, un autre médicament prend le pas sur le mercure, c'est l'iodure de potassium. Aucun de ses succédanés ne peut l'égaliser, et c'est toujours regrettable quand l'intolérance du malade nous oblige à y renoncer. Malheureusement l'iodisme peut exceptionnellement devenir à tel point dangereux que certains laryngologistes renoncent de parti pris à l'emploi de l'iodure de potassium quand le larynx est touché. Lermoyez (*Société médicale des hôpitaux; Annales des maladies de l'oreille*, etc., n° 3, 1909) écrit textuellement : « Il est une règle laryngologique très dangereuse à violer : c'est de ne jamais prescrire d'iodure à de tels malades, attendu que la moindre crise d'iodisme risquerait de provoquer dans leur larynx, déjà très rétréci, une sténose complémentaire, qui les pourrait tuer en peu d'instants.

En dehors du larynx, toutes les manifestations tertiaires sont en premier lieu tributaires de l'iodure de potassium et particulièrement les affections osseuses. Chaque fois que la syphilis s'est localisée sur les parties osseuses, l'action de l'iodure de potassium nous a paru non seulement supérieure à celle du mercure, mais nous avons pu suivre quelques cas où l'adjonction du mercure a été certainement une faute thérapeutique. Un cas de syphilis tertiaire du maxillaire, ayant donné le change avec une sinusite maxillaire, a été soumis par nous au traitement mixte et guéri seulement quand le mercure a été supprimé. Nous croyons que de nombreux cas de syphilis maligne allant avec grand délabrement du squelette de la face et se terminant même par la mort, malgré, comme il est dit très souvent, un traitement antisiphilitique des plus intenses, prennent au contraire la fâcheuse tournure à cause de l'adjonction du mercure.

Le vieillard de soixante-treize ans auquel nous avons fait allusion au cours de ce travail se trouvait très bien tant que sur notre conseil il ne prenait que de l'iodure. Sur notre refus d'adjoindre le mercure à l'iodure ainsi qu'il nous a été conseillé à la suite d'une consultation, le malade s'est adressé ailleurs pour subir une cure mercurielle. Au bout de vingt-six piqûres

de benzoate de mercure, son état avait de nouveau tellement empiré que le vieillard s'est suicidé.

L'os syphilitique n'aime pas le mercure. C'est l'iodure seul et longtemps continué à de fortes doses méthodiquement qui conjurera le danger et localisera les dégâts à un minimum, parfois à deux ou trois petites esquilles osseuses. C'est seulement quand l'iodure aura donné ce qu'il aura pu, et au point de vue subjectif il donnera ce maximum que l'on peut attendre de lui, à savoir la sédation de la douleur, qu'il faut avoir recours au mercure.

Le grand calmant dans la syphilis, ce n'est pas le mercure, et ceci est vrai autant pour la céphalée de la période de l'invasion que pour les douleurs ostéocopes. L'iodure de potassium dissout les tissus syphilitiques avec leurs douleurs.

Nous pouvons, en terminant, résumer notre opinion dans les conclusions suivantes :

1° Sans pouvoir parler d'un traitement abortif de la syphilis, il est certain que le sort ultérieur du syphilitique dépend non seulement de la régularité avec laquelle le traitement aura été suivi, mais aussi de la précocité et de l'intensité avec lesquelles il aura été institué dès l'apparition du chancre ;

2° L'excision du chancre des voies respiratoires supérieures n'est que rarement praticable, généralement son siège (lèvre) interdit tout acte opératoire afin d'éviter des cicatrices gênantes ;

3° Comme une destruction aussi rapide et aussi énergique que possible du chancre s'impose, on pourra essayer les différents cautérisants quand le siège du chancre le permet. Au point de vue esthétique, le meilleur résultat est obtenu par l'air chaud, qui peut être un puissant cicatrisant du chancre syphilitique ;

4° Les plaques muqueuses paraissent volontiers dans les premières voies respiratoires supérieures, surtout dans la bouche et le pharynx. Des raisons toutes locales (mauvais état de la bouche, différents excitants, etc.) en sont la cause. Le traitement antisypilitique n'aura pas toujours prise sur ces manifestations secondaires de la syphilis, qui parfois guérissent mieux après abandon temporaire du traitement antisypilitique ;

5° Le traitement local des affections secondaires s'impose non pas parce qu'il aide particulièrement à leur disparition, mais parce que l'endroit où les plaques muqueuses se sont répétées deviendra plus tard le siège d'une gomme. Il est permis de croire qu'en attaquant les endroits où les spirochètes forment des colonies on s'opposera plus facilement à leur évolution ultérieure. Dans la période tertiaire, la syphilis est surtout une maladie locale. Les dégâts locaux pourront être réduits au minimum par un diagnostic précoce de la syphilis;

6° Le meilleur traitement de la gomme est l'iodure de potassium. Il doit être seul employé dans les lésions syphilitiques des os de la tête. De crainte d'œdème iodique, on attaquera exceptionnellement les gommès du larynx par l'iodure ;

7° Seules les injections mercurielles permettent d'introduire le mercure d'une façon suffisante et régulière. Les injections solubles ne doivent pas constituer la base du traitement antisypilitique. L'huile grise constitue une préparation qui ne laisse rien à désirer pour les cas ordinaires de la pratique. Il existe des préparations qui, par leur dosage rigoureux sous forme d'ampoules, mettent à l'abri d'accidents mercuriels.

III

PROCÉDÉS CLINIQUES DE RHINOMÉTRIE (1).

Par **R. ITIÉ**,

Assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'Hôtel-Dieu
de Toulouse.

L'importance donnée dans ces dernières années à la physiologie et à la pathologie de la respiration nasale oblige aujourd'hui le praticien à mesurer avec précision l'insuffisance respiratoire nasale; vers ce but tend la *rhinométrie clinique*, dont Lermoyez démontra l'utilité dès 1905 (2).

La rhinométrie proprement dite comprend deux grandes méthodes :

1° *La rhinométrie directe, ou rhino-spirométrie volumétrique*, qui consiste à évaluer le volume d'air qui passe par une fosse nasale dans un temps donné. Tel est le principe de la rhinométrie par le thoraco-dynamomètre de Mendel, méthode parfaite et assurément la plus recommandable, mais peu applicable à la clinique, et réservée par suite au laboratoire de physiologie; tel est aussi le principe du procédé de Jacobson, de technique plus simple que le précédent, mais de bien moindre valeur, puisqu'il s'applique exclusivement à la mesure de l'expiration, sans tenir compte de l'inspiration.

2° *La rhinométrie indirecte*, qui comprend elle-même de nombreux procédés dont un grand nombre sont utilisables en clinique :

a. *Mesure de la capacité respiratoire nasale en fonction de la quantité de vapeur d'eau expirée, ou rhino-hygro-métrie.*

(1) Pour de plus amples développements sur ce sujet et pour la bibliographie, consulter la thèse inaugurale de l'auteur : *Recherches de rhinométrie clinique (Contribution à l'étude de la respiration nasale, Toulouse, 1909)*.

(2) LERMOYEZ, Rhinométrie clinique (*Presse méd.*, 11 novembre 1905).

Sur ce principe reposent de multiples rhinomètres, tels que : le miroir de Zwaardemacker (1), le carton ardoisé de Sandmann (2), le miroir de Glätzel (3), le pneumodographe de Courtade (4), le rhino-hygromètre d'Escat (5) et l'atmorhinomètre de

Robert Foy (6).

Les procédés de rhino-hygrométries sont d'une exécution simple et rapide.

Certains donnent la forme du champ respiratoire nasal, avantage appréciable, puisque la vue seule des

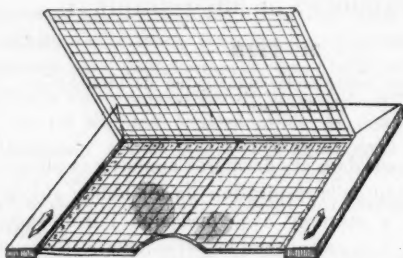


Fig. 1. — Atmorhinomètre de R. Foy.

taches respiratoires peut donner des présomptions sur la configuration interne des cavités nasales. Instruments de Glätzel, Courtade, Robert Foy (fig. 1, etc.).

D'autres, au contraire, grâce à l'uniformisation des taches de buée sous forme de cercles, permettent une mensuration plus exacte (rhino-hygromètre d'Escat).

Ils permettent enfin de comparer, d'une façon parfaite, la capacité des fosses nasales d'un même individu.

En retour, nous leur adresserons deux reproches : tout d'abord ils ne renseignent que sur l'expiration ; or, au point de vue pratique, la perméabilité des fosses nasales à l'inspiration

(1) ZWAARDEMACHER, Dépôt respiratoire comme moyen de diagnostic de la sténose nasale (*Archiv f. Laryng.*, Bd. 1, 2, 1893).

(2) LANDMANN, Appareil pour déterminer l'insuffisance nasale (*Soc. de laryng. de Berlin*, 3 nov. 1893).

(3) GLETZEL, Épreuve de la perméabilité des fosses nasales (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, Berlin, janvier 1904).

(4) COURTADE, De la mensuration graphique de la perméabilité nasale (*Soc. de laryng. de Paris*, 1902).

(5) ESCAT, Rhinométrie clinique (*Soc. fr. d'otol. et laryng.*, *Bull. et Mém.*, 1908).

(6) ROBERT FOY, L'atmorhinomètre (*Presse méd.*, 6 fév. 1900).

est la plus importante à connaître. Glætzet avait cru réfuter cette objection en faisant remarquer que, à part les cas d'insuffisance pure due à l'aspiration des ailes du nez et quelques rares cas de tumeurs pédiculées, l'insuffisance était ordinairement mixte, inspiratoire et expiratoire. L'expérience nous a montré que cette assertion, juste dans beaucoup de cas, était loin de correspondre toujours à la réalité. Sur plus de 300 observations prises sur des sujets normaux avec le rhinomètre à cadran, nous avons souvent constaté une différence importante entre la pression expiratoire et la pression inspiratoire, sans que la rhinoscopie ait pu nous en révéler la raison.

Beaucoup d'adénoïdiens fournissent des résultats à peu près normaux à l'expiration forcée, alors que l'inspiration est toujours fortement insuffisante ; nous avons eu, en particulier, l'occasion d'examiner de petits enfants âgés de quatre à sept mois, atteints de végétations adénoïdes qui obstruaient à peu près complètement leur cavum ; pendant la respiration calme, l'expiration se faisait, chez les deux bébés, par les narines, alors que l'inspiration ne pouvait s'effectuer que par l'orifice oral.

Le second reproche qui doit être adressé à la rhino-hygrométrie, c'est de ne pas permettre d'établir des moyennes physiologiques pratiques auxquelles on pourrait se rapporter pour connaître la valeur de la respiration nasale de tout sujet à examiner ; un tel résultat est impossible à atteindre pour plusieurs raisons.

Il faudrait tout d'abord connaître la capacité pulmonaire de chaque individu ; la quantité de vapeur d'eau déposée est, en effet, en relation directe avec le volume d'air expiré.

Il serait nécessaire aussi de tenir compte d'un facteur important : le temps. Il est facile de constater que la quantité de vapeur d'eau déposée est d'autant plus appréciable que l'expiration est plus longue ou que le sujet respire un plus grand nombre de fois.

Des éléments variables entrent encore en ligne de compte dans l'appréciation des résultats obtenus, notamment l'état hygrométrique de l'air et la température de la plaque sur laquelle se fait le dépôt de buée.

Les taches respiratoires varient enfin avec la température du sujet en expérience en vertu de ce principe de physique qui veut que la vapeur d'eau contenue dans l'air soit fonction de la température et de la pression.

Nous avons comparé les résultats fournis par le miroir de Glætz et le rhino-manomètre à cadran sur des malades ayant de la fièvre ; chez ces mêmes malades, nous avons renouvelé l'expérience après la disparition de la température.

Dans tous les cas, nous avons obtenu des différences importantes entre les deux séries de recherches.

De même, les malades présentant une inflammation aiguë des voies respiratoire, telles que coryza, laryngite, bronchite, affections au cours desquelles la température locale des voies intéressées est assurément surélevée, nous ont fourni des taches de buée toujours plus grande, pendant le cours de la maladie qu'après sa disparition.

Chez une fillette de 4 ans, atteinte de coryza aigu, M. Escat a obtenu deux taches de buée d'aussi grande surface que chez un adulte à fosses nasales normales dans les mêmes conditions d'expérience. Notre maître a en outre obtenu des résultats analogues en comparant les dépôts de buée successivement donnés par une fosse nasale bien mouchée, et par cette même fosse nasale préalablement humectée avec une légère pulvérisation d'eau tiède. Cette hydratation artificielle des voies nasales entre certainement pour une large part dans l'accroissement de la quantité de vapeur d'eau expirée après une pulvérisation endonasale de cocaïne ou d'adrénaline, accroissement attribué trop exclusivement par les pronateurs de la rhino-hygrométrie à la seule augmentation de capacité, résultant de la vaso-constriction médicamenteuse de la muqueuse nasale.

Toutefois, il serait injuste de méconnaître les services rendus à la clinique par la rhino-hygrométrie, car, si la valeur absolue des résultats fournis par cette méthode est contestable, leur valeur relative dans la comparaison de la capacité expiratoire des deux fosses nasales reste exacte.

Comme instruments les plus pratiques à cet effet, nous

conseillons soit le *rhino-hygromètre* de M. Escat, soit l'*atmorhinomètre* de Robert Foy.

Pour la technique très simple du premier de ces appareils, nous renverrons à la *Technique oto-rhino-laryngologique* de l'auteur; nous insisterons seulement sur le second.

L'appareil de Robert Foy constitue une très ingénieuse modification des appareils de Glætzet et de Courtade: il se compose d'un cadre de bois à trois côtés, dans lequel se trouvent enchâssées deux glaces de verre articulées entre elles par une de leurs bases; de ces deux glaces, l'une, la supérieure, est en verre transparent, l'autre en verre dépoli. La glace transparente quadrillée en centimètres carrés est mobile autour de sa base articulée.

Sur la glace dépolie, au milieu du bord libre, se trouve une échancrure semi-lunaire; elle est en outre divisée en deux parties égales par un trait rouge médian, repère indiquant la place exacte de la sous-cloison pendant l'épreuve.

L'expérience comprend quatre temps:

Premier temps. — On frotte la plaque de verre dépolie avec un tampon imbibé d'un liquide volatil (alcool ou éther) qu'on laisse évaporer.

Deuxième temps. — La glace transparente étant levée, on place la sous-cloison au-dessus de l'indice médian rouge, et on prie le sujet de faire deux expirations moyennes.

Troisième temps. — Aussitôt les taches produites, on laisse retomber rapidement la glace transparente sur la glace dépolie; par ce moyen, les taches se trouvent soustraites à l'évaporation, quelle que soit la température ambiante.

Quatrième temps. — Attendre quelques instants pour permettre à la vapeur de se condenser. On a alors tout loisir pour mesurer et calquer les taches de buée.

b. *Mesure de la vitesse du courant d'air nasal.* — L'*aérodromomètre* de Zwaardemacker, à la fois très ingénieux et très simple, est l'appareil qui semble le mieux convenir à l'application de ce procédé; voici la description donnée par son inventeur (fig. 2):

« Qu'on se figure un tube en verre rectiligne un peu plus large que la trachée humaine, et ayant 1^{cm},95 de diamètre,

ce qui équivaut à 3 centimètres carrés de surface. Dans ce tube se trouve un léger disque d'aluminium de $1^{\text{cm}},4$ de diamètre, maintenu librement par rapport aux parois du tube par deux spirales d'acier ; tout autour du disque, existe une fente circulaire dont l'aire est de $1^{\text{cm}},44$.

« On respire par ce tube, où les spirales en acier sont disposées de telle façon que le courant d'air respiratoire n'éprouve pour ainsi dire aucune résistance, sauf au niveau du petit disque inscripteur.

« Le courant d'air respiratoire entraîne le disque jusqu'à ce que la tension de la spirale et la pression de l'air s'équivalent. Théoriquement, la situation du disque est proportionnelle au carré de la vitesse du courant d'air au même instant. »

Avec cet instrument, Zwaardemacker a pu reconnaître que : 1° normalement le courant inspiratoire était un peu plus rapide que le courant expiratoire ; 2° la rapidité était plus grande à mesure que la température s'élevait.

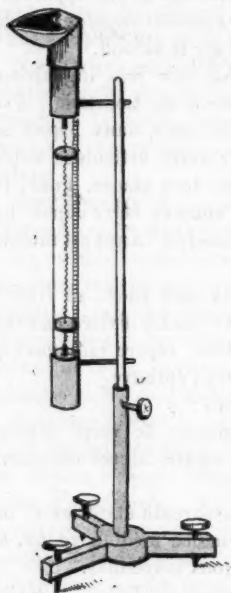
Fig. 2. — Aërodromomètre de Zwaardemacker.

Malgré ses incontestables mérites, la méthode de Zwaardemacker nous paraît plus applicable aux recherches physiologiques qu'à la pratique rhinologique.

c. *Mesures de la pression des courants inspiratoire et expiratoire.* — C'est Donders qui a eu recours le premier à cette méthode ; ses expériences faites à l'aide du *manomètre à mercure à air libre* sont restées classiques.

Courtade a utilisé, dans le même but, d'abord un pneumorhinomètre à pendule.

Cet instrument se compose d'un tube de bois à section



carrée contenant une soupape fixée par son bord supérieur à un axe transversal; cet axe porte extérieurement une aiguille munie d'un poids curseur qui peut être rapproché ou éloigné de l'axe du tube; un demi-cercle dont le zéro correspond à la position de repos de l'aiguille est fixé sur le côté du tube; dès que la soupape intérieure reçoit une pression, elle fait tourner l'aiguille sur le cadran, soit dans un sens, soit dans l'autre, suivant la direction du courant inspiratoire ou expiratoire.

Mais cet instrument manquant de précision, Courtade lui a bientôt substitué le *manomètre à eau*.

Ce manomètre renferme de l'eau colorée à la place du mercure, ce qui lui permet de donner des différences de niveau 13,5 fois plus grandes pour la même pression. Une échelle mobile, divisée en millimètres, peut glisser entre les deux branches du tube en U.

La sensibilité extrême de cet instrument permet de l'appliquer à la mesure de la respiration nasale calme, ce qui ne pouvait être obtenu avec le manomètre à mercure.

Ainsi mesurée chez les adultes normaux, la pression inspiratrice oscillerait, d'après Courtade, entre 12 et 16 millimètres, la pression expiratrice entre 8 et 12 millimètres d'eau.

Un appareil fort intéressant imaginé dans le même but est le *piston-recorder* de Gewers-Leuven, dont nous avons donné une longue description dans notre thèse, à laquelle nous renverrons le lecteur; nous nous contenterons de rappeler ici que cet appareil, utilisable seulement dans le laboratoire de physiologie, repose sur le principe bien connu des appareils enregistreurs.

Les mouvements de l'aiguille, qui inscrit les oscillations, inspiratrices et expiratrices sur un cylindrique, sont sous la dépendance des variations de deux soufflets dont les cavités sont mises en communication avec les voies nasales.

Le dernier instrument appliqué à la mesure des pressions inspiratrice et expiratrice est le *rhino-manomètre à cadran* de M. Escat; c'est surtout avec cet instrument que nous avons procédé à des recherches de rhinométrie, chez l'adulte et chez l'enfant, recherches portant sur 350 cas environ.

Le rhino-manomètre d'Escat (fig. 3), construit par François, est basé sur le principe du manomètre à cadran : il se compose essentiellement d'une boîte anéroïde de baromètre incluse

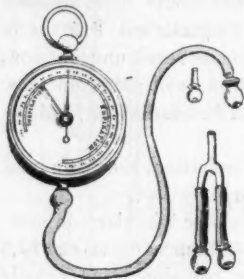


Fig. 3. — Rhino-manomètre d'Escat.

dans un boîtier métallique. A proprement parler, la boîte n'est pas anéroïde, car elle est percée d'un orifice qui la met en communication constante avec l'atmosphère. Le boîtier est formé d'un récipient étanche, muni d'un embout, auquel est adapté un tube de caoutchouc.

Les variations positives (expiration) ou négatives (inspiration) subies par la pression de l'air contenu dans le boîtier influencent la plaque sensible

de la petite boîte. Un mécanisme analogue à celui du manomètre métallique classique transmet les mouvements de la plaque à l'aiguille du cadran, qui présente 10 divisions pour l'inspiration et 15 pour l'expiration. Ces divisions sont exactement évaluées, tant pour l'inspiration que pour l'expiration, en centimètres et en demi-centimètres de colonne mercurelle.

Le maniement de l'appareil est très simple ; mais deux précautions sont à prendre avant toute expérience :

- 1° On doit prier le malade de se moucher avec grand soin ;
- 2° En second lieu, il est essentiel de veiller à ce que l'aiguille soit sur le zéro du cadran ; lorsqu'elle n'y est pas, il est facile de l'y ramener au moyen d'une petite vis placée sur le verso de l'instrument.

L'embout est alors introduit à l'entrée d'une narine, et, tandis que la narine opposée reste ouverte, la bouche étant close, on prie le sujet en observation d'expirer aussi fort que possible, mais sans brusquerie ; l'épreuve est renouvelée trois ou quatre fois, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un maximum. Le résultat obtenu doit être précédé du signe +.

On pratique la même épreuve sur la narine opposée. On a,

dès lors, la mesure de la capacité des fosses nasales en fonction de la force expiratrice.

Pour connaître la perméabilité des fosses nasales à l'inspiration, on procède de la même façon en priant le sujet d'inspirer fortement. On fait précéder du signe — le chiffre indiquant la pression inspiratoire.

Cet appareil offre l'avantage de donner des résultats précis qui permettent de comparer entre elles les capacités des fosses nasales d'un individu, et de les comparer, en outre, à une moyenne physiologique.

De plus, il est très pratique et peut être utilisé par des mains inexpérimentées.

Parmi les divers instruments proposés pour la rhinométrie et en particulier pour la rhino-manométrie, nous donnons la préférence au rhino-manomètre à cadran.

Il remplace en effet très avantageusement, dans la pratique rhinologique, le rhino-manomètre à mercure, tout comme les manomètres à cadran substitués couramment dans l'industrie aux manomètres à mercure.

Il remplace aussi non moins avantageusement le manomètre à eau de Courtade, car la précision théorique de ce dernier est difficilement utilisée en pratique en raison de l'extrême difficulté qu'il y a à obtenir d'un sujet en expérience un rythme respiratoire calme absolument uniforme. La respiration est en effet sous la dépendance étroite de l'émotivité autant que de la volonté, et les plus minimes circonstances interviennent pour la modifier ; tous les praticiens savent combien il est difficile parfois d'ausculter certains malades, qui, sous l'effet de l'émotion, présentent une inspiration absolument irrégulière et saccadée ; pour cette raison, les procédés basés sur l'inspiration et l'expiration maxima nous paraissent être d'une plus grande précision.

Des sujets ayant bonne volonté, de même sexe, à peu près du même âge, n'ayant pas un périmètre thoracique inférieur à la moyenne normale, doivent être considérés comme pouvant développer la même force thoracique ; la pression respiratoire nasale renseignera par suite directement chez ces sujets sur la perméabilité des fosses nasales.

On a reproché à l'expiration maxima d'avoir raison de certaines congestions légères de la muqueuse du nez ; cette objection n'est pas sérieuse : des deux temps respiratoires, nous savons qu'il n'y en a qu'un d'important à connaître : l'inspiration ; or, l'inspiration maxima non seulement respecte l'hypertrophie congestive de la muqueuse nasale, mais a plutôt une tendance à l'exagérer.

On a dit encore que la recherche de la pression respiratoire nasale nécessitait l'introduction d'un embout dans les narines et empêchait, par suite, de tenir compte de l'obstacle apporté à la circulation de l'air par les affections et malformations du vestibule nasal, telles que l'atrésie réductible et l'affaissement des ailes du nez ; mais ce reproche n'est fondé que si on se place à un point de vue strictement physiologique et expérimental ; il n'en est plus ainsi, si l'on se place sur le terrain clinique ; les affections des narines sont, en effet, d'un diagnostic tellement facile, non seulement pour le spécialiste, mais encore pour tout praticien, qu'il n'est nullement utile de demander à un appareil de le préciser ; pourquoi ne pas reprocher aussi au spéculum nasal classique de masquer à l'œil de l'observateur les parois du vestibule nasal ?

L'atrésie réductible des narines et l'aspiration des ailes du nez sont des troubles si facilement jugés par l'observation directe qu'il est impossible de les faire entrer en ligne dans les causes d'erreur de la rhino-manométrie.

RÉSULTATS DE NOS RECHERCHES RHINOMÉTRIQUES. — Afin de pouvoir établir des moyennes rhinométriques, nous avons relevé à l'aide du rhino-manomètre à cadran 330 observations sur des sujets normaux des deux sexes, adultes et enfants ; nous avons choisi autant que possible des sujets ayant une respiration nasale d'apparence normale et sans tare physiologique manifeste.

Nos expériences peuvent être résumées dans les résultats suivants :

1° Chez les petits garçons de 3 à 7 ans, la pression expiratrice maxima varie entre $+4$ et $+6$;

La pression inspiratrice maxima, entre -4 et -6 .

2° Chez les garçons de 8 à 13 ans, la pression expiratrice maxima varie entre $+5$ et $+7$;

La pression inspiratrice maxima, entre -4 et -6 .

3° Chez les petites filles de 6 à 7 ans, la pression expiratrice maxima varie entre $+3$ et $+5$;

La pression inspiratrice, entre -3 et -5 .

4° Chez les filles de 8 à 11 ans, la pression inspiratrice maxima varie entre $+4$ et $+6$;

La pression inspiratrice maxima entre -3 et -5 .

Chez les adultes hommes, la pression expiratrice maxima varie entre $+6$ et $+10$;

La pression inspiratrice, entre -5 et -8 .

Chez les adultes femmes : la pression expiratrice maxima varie entre $+5$ et $+8$;

La pression inspiratrice, entre -4 et -7 .

Des résultats inférieurs à ces moyennes chez des individus ayant un périmètre thoracique normal indiquent une insuffisance respiratoire nasale.

Les expériences prises sur les enfants nous ont permis en outre de faire une constatation très importante : il était classique, depuis les expériences de Donders, de considérer la pression expiratrice nasale comme normalement supérieure à la pression inspiratrice; ce principe est absolument exact pour l'adulte; mais, chez les jeunes enfants au-dessous de 7 à 8 ans, la pression inspiratrice nasale est aussi élevée et parfois même plus élevée que la pression expiratrice, et cela chez les deux tiers des sujets examinés.

Mais, chez les enfants plus âgés, cette inversion du rapport des deux pressions tend à disparaître, à tel point que, vers 14 ou 15 ans, il redevient ce qu'il est chez l'adulte.

Nous ajouterons enfin que la respiration nasale maxima est toutes proportions gardées, plus élevée dans le jeune âge que chez l'adulte.

LES INJECTIONS DE PARAFFINE DANS L'OZÈNE SONT-ELLES AUJOURD'HUI LE MEILLEUR TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION?

Par **Ricardo BOTÉY** (1).

On peut dire aujourd'hui que les injections sous-muqueuses de paraffine dans la rhinite atrophique fétide ont fait leur preuve.

J'ai été un des premiers en Espagne, peut-être le premier, à traiter les ozéneux au moyen de la paraffine fondue et chaude, remplacée plus tard, depuis 1904, par la paraffine solide.

L'expérience acquise sur ce traitement par nombre de rhinologistes, y compris la mienne, est actuellement suffisante pour se prononcer définitivement sur les effets curatifs et palliatifs de l'ozène par ce moyen thérapeutique.

Je considère comme inutile d'entrer ici dans de longs développements, la question est jugée ou à peu près par la plupart de mes collègues. Uniquement j'insisterai sur le résultat obtenu, dans l'espace de sept ans, après avoir traité par ce moyen près de mille malades atteints de cette repoussante infirmité. Par conséquent, je ne mentionnerai pas mes travaux antérieurs, me limitant à exposer quelques réflexions que m'a suggérées une déjà longue pratique de ces injections dans l'ozène.

Un premier fait ressort bien clairement du résultat du traitement de la rhinite atrophique par la paraffine, fait qui n'est jamais démenti par les plus grandes séries des cas qui, par centaines, ont suivi les premiers malades guéris ou soulagés par ces injections sous-muqueuses. Le fait est que, si l'on obtient un rétrécissement général des fosses nasales, en

(1) Communication à la XV^e section (Rhinologie et Laryngologie) du XVI^e Congrès international de médecine.

plaçant de la paraffine entre la muqueuse et le squelette, les deux symptômes capitaux pour lesquels vient consulter le malade : la fétidité et les croûtes, disparaissent. Ce fait est excessivement important, tellement qu'il suffit à justifier solidement cette méthode thérapeutique.

Un deuxième fait est que ce traitement ne guérit pas tous les malades. Quand l'atrophie est très accentuée, les cornets inférieurs étant réduits à un bourrelet insignifiant, avec cavités nasales énormes, les injections de paraffine, faites même avec les soins les plus minutieux, suivies pendant de longs mois, ne diminuent jamais suffisamment la lumière des fosses nasales ; la muqueuse très mince, appliquée contre l'os sous-jacent comme du tissu cicatriciel, se déchire à chaque injection, n'admettant qu'une très faible quantité de paraffine, qui est expulsée la plupart du temps. Le nombre de ces malades est heureusement bien moindre que celui des auteurs susceptibles de guérison ou de grande amélioration. La proportion de ces malades est, d'après mon expérience, de 15 à 20 p. 100.

Un troisième fait est la presque impossibilité de placer la paraffine sur le tiers postérieur du cornet inférieur et sur la partie de la cloison correspondante. Ceci est souvent cause du résultat uniquement partiel obtenu dans quelques cas. Dans d'autres, malgré cela, on obtient la disparition de la mauvaise odeur et la fluidification des mucosités nasales, qui deviennent bien moins abondantes, ce qui veut dire : guérison de l'ozène au point de vue social, au point de vue clinique, car peu importe que nous n'ayons pas créé des cornets normaux, ni une muqueuse saine, nous avons supprimé les deux repoussants symptômes pour lesquels venait consulter le malade ; du moment que ces symptômes n'existent plus, la maladie n'est plus.

A mon avis, la guérison de l'ozène n'a lieu que sur la moitié des malades, l'autre moitié étant seulement plus ou moins améliorée. Mais combien de temps dure cette guérison ? Est-elle définitive ? La plupart des malades traités par les injections de paraffine ne reviennent plus, ce qui prouve qu'ils sont guéris ou se considèrent satisfaits. Quelques-uns reviennent

au bout de plusieurs mois ou de quelques années même ; on peut observer alors que les effets de la paraffine persistent ; la muqueuse nasale est moins bien, il est vrai, que quand notre malade a abandonné le traitement, mais elle n'est plus dans

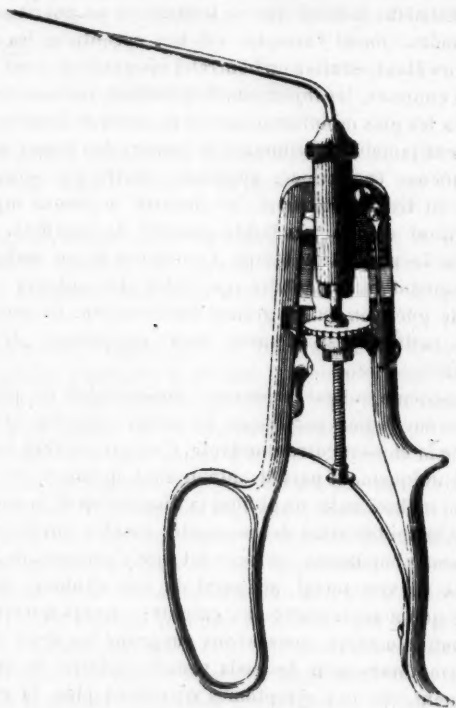


Fig. 1. — Seringue à paraffine solide du Dr Botey.

le mauvais état où nous l'avions trouvée au début. Nous n'avons qu'à injecter de nouveau de la paraffine sous la muqueuse pour rétablir notre malade.

La guérison de l'ozène par les injections de paraffine est donc durable ; elle se maintient ordinairement pendant

plusieurs années. Si plus tard la paraffine est partiellement résorbée, ou tombe, il n'y a qu'à en remettre une autre fois.

Il n'existe pas actuellement de traitement qui proportionne de plus beaux résultats que celui des injections de paraffine pour guérir la punaisie. Ce qu'il faut, c'est perfectionner ce traitement pour réaliser, dans le plus grand nombre de cas, ce rétrécissement général des fosses nasales dont nous avons parlé. L'habileté du rhinologiste et l'instrument employé jouent ici un grand rôle.

On a inventé une foule de seringues à paraffine solide, depuis le modèle primitif de Brœckaert. J'ai même été aussi un inventeur de ces seringues, et je considère mon instrument comme supérieur aux autres, pour des raisons déjà exposées dans un article antérieur.

Ma seringue à paraffine (fig. 1) a, sur celles de Brœckaert et d'autres, l'avantage de ne pas avoir sur le même axe l'aiguille, le corps de pompe et le piston, qui obligent à opérer en regardant à distance. L'œil peut s'approcher suffisamment, ce qui facilite la réussite de l'injection. En outre cette seringue, grâce à son mécanisme spécial, possède un pouvoir de propulsion bien supérieur à tous les modèles connus de seringues. Par conséquent, avec cet instrument, pas de chauffage momentané de la paraffine, pas de nécessité d'employer de la paraffine à moins de 45°, pas d'aiguilles de gros calibre pour faciliter la pénétration de la paraffine en diminuant la résistance des parois, pas de jet brusque de paraffine qui occasionne souvent la rupture de la muqueuse, pas d'effort violent de la main ; la paraffine sort doucement de l'aiguille sans secousses.

Cette effraction de la muqueuse, par où la paraffine sort sous forme d'un vermicelle blanc, se produit surtout quand l'atrophie ostéo-muqueuse est accentuée. Quand on se servait de la paraffine chaude ces déchirures étaient moins faciles, car la paraffine liquéfiée se diffusait à distance, exerçant moins énergiquement une forte distension sur un point déterminé de la muqueuse, point qui gonfle et blanchit rapidement avant de crever.

Il faut donc tâcher d'éviter cette action trop localisée de la

paraffine, afin de ne pas multiplier le nombre de ces injections, en les faisant avec des quantités minimales de paraffine.

Pour réaliser cet idéal, je fais au préalable sous la muqueuse une injection d'eau stérilisée chaude qui se charge de gonfler uniformément la muqueuse et permet ainsi le placement d'une plus grande quantité de paraffine solide.



Fig. 2. — Seringue nasale de Botéy pour injection sous-muqueuse d'eau stérilisée avant l'injection de paraffine.

TECHNIQUE. — Je commence par injecter sous la muqueuse du cornet, et dans sa partie la plus reculée, avec ma seringue nasale (fig. 2), 1 ou 2 grammes d'eau qui produit de suite la distension de cette partie. Prenant alors ma seringue à paraffine, j'introduis, par la piqure qui saigne, une certaine quantité de paraffine qui pénètre plus facilement sans produire la moindre déchirure. L'eau ne tarde pas à se réabsorber, mais la paraffine resté en place.

L'injection d'eau a en outre l'avantage de faciliter, par le gonflement de la muqueuse qu'elle produit, la vision de la partie la plus reculée du cornet inférieur, qui devient saillante.

On peut alors y placer immédiatement après la paraffine.

Cette injection d'eau agit aussi comme anesthésique et comme hémostatique. L'injection de paraffine est moins douloureuse et l'hémorragie presque nulle, ou bien moindre.

Quand la sous-muqueuse est remplie de paraffine et la surface de la muqueuse tendue, l'injection d'eau ne dilate presque plus ou pas du tout la muqueuse; la pointe de

l'aiguille s'introduit dans la masse de paraffine ; celle-ci bouche sa lumière et empêche la sortie du liquide.

Si on pousse avec violence le piston, le liquide peut sortir brusquement et déchirer la muqueuse. Par conséquent, il faut commencer, dès les premiers jours, par les injections d'eau et plus tard ne les faire qu'à certaines places vides de paraffine. Mais même dans ce cas, la muqueuse se distend très peu, et le liquide sort par les perforations produites sur la muqueuse par l'aiguille à paraffine dans les séances antérieures.

CONCLUSIONS. — 1° Les injections sous-muqueuses de paraffine sont réellement aujourd'hui le meilleur traitement de la rhinite atrophique fétide, ou ozène ;

2° Le perfectionnement de la technique contribue beaucoup au résultat obtenu ;

3° Le résultat est de 50 p. 100 de guérisons, 35 p. 100 de grande amélioration et 15 p. 100 de petite amélioration ;

4° Les injections préalables d'eau sous la muqueuse facilitent l'introduction de la paraffine ; on doit les considérer comme un auxiliaire qui contribue à la perfection du résultat obtenu ;

5° La guérison de l'ozène ou son amélioration se maintient pendant des années. Dans le cas contraire, il n'y a qu'à répéter les injections pour raffermir le résultat primitivement acquis.

V

TOXIDERMIE APRÈS TRÉPANATION MASTOÏDIENNE POUR SEPTICO-PYÉMIE OTOGÈNE (1).

(DISCUSSION ET CONTRIBUTION A CETTE ÉTUDE.)

Par **L. BAR.**

Chirurgien oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de Nice.

Les conséquences d'une intervention radicale sur l'apophyse mastoïde sont d'ordinaire l'acheminement direct et progressif du malade vers la guérison définitive. Après avoir, en effet, opératoirement établi un bon drainage mastoïdien, vidé les abcès périsinguliens qui peuvent exister et s'être assuré de l'intégrité des sinus, la température tombe et fait place à la période de convalescence qui commence. Il n'en est pourtant pas toujours ainsi et, conformément à ce qui a été démontré par Hesler, Brieger et surtout Osokrøner (de Francfort), de nouvelles infections pyohémiques peuvent ultérieurement se produire, témoignage d'une invasion primitive plus générale que ne l'avait primitivement laissé paraître l'état local. Ces infections extra-auriculaires, variables de siège, de forme et d'intensité, sont parfois d'un diagnostic aussi obscur que leur pathogénie.

En voici un exemple dont le diagnostic fut aussi intéressant que discutable :

« J. L..., âgée de 6 ans environ, atteinte de végétations adénoïdes, fut prise, il y a deux ans, d'une otite moyenne médiane suppurée, dont le pharynx, grippalement infecté, paraissait indubitablement être l'origine. Cette otite fut traitée quelques semaines et lorsque, en janvier 1909, on vint pour la première fois nous la faire voir, nous constatâmes que l'apophyse mastoïde participait à l'inflammation mastoïdienne, qu'elle était atteinte de rétention purulente et que, sous toute probabilité, on ne

(1) Communication au Congrès international d'otologie (Budapest, août-septembre 1909).

pouvait plus espérer sa guérison d'une thérapeutique médicale. Deux jours après, tout traitement médical ayant paru définitivement inutile, une trépanation mastoïdienne fut pratiquée, trépanation pendant laquelle, à notre grande surprise à cause du jeune âge, nous éprouvâmes de grandes difficultés, par suite de l'éburnation de la table externe de l'os. Toutefois, malgré l'abord peu facile des cavités internes abcédées, après leur curetage méticuleux, nous mettions la malade dans les conditions les plus favorables à une rapide et définitive convalescence. Quel ne fut donc pas notre étonnement lorsque, exactement deux jours après l'opération, apparut non loin des bords de la brèche mastoïdienne, en avant du pavillon de l'oreille, sur la région temporale, une plaque qu'un examen trop sommaire pouvait faire qualifier d'érysipèle et qui, ainsi qu'on pourra s'en convaincre bientôt, était toute autre chose! Rouge en effet, diffuse, à peine un peu rude au toucher, ayant pour base une légère induration par œdème dermique, et privée de toute espèce de bourrelet périphérique, cette plaque n'était le siège d'aucune sensibilité spéciale, d'aucune démangeaison, d'aucune sensation de brûlure, d'aucune cuisson, et ne donnait lieu à aucune chaleur âcre ou mordicante. Par compression, on faisait disparaître la rougeur, qui, aussitôt après, reparaisait aussi vive. Tour à tour et dans le voisinage du placard primitif apparurent successivement d'autres plaques, tantôt limitées, tantôt diffuses et étendues sur la face, voisines ou éloignées du lieu d'élection opératoire. Cet exanthème cutané s'était produit sans frisson, sans engorgement ganglionnaire, sans aucun de ces symptômes qui caractérisent la manifestation intensive d'un grand état d'infection générale, enfin sans aucun de ces troubles infectieux de l'intestin dont un pareil exanthème peut être considéré comme le réflexe. Il ne s'était produit, en l'occurrence, qu'une simple accélération de la température, laquelle, pendant les longues semaines que dura l'état dermique, oscilla autour de 38° C., avec accélération du pouls à 80 et 90 pulsations. Du fait de cette complication, la plaie opératoire, dans sa marche vers la guérison naturelle, ne fut nullement entravée. Deux mois après l'intervention, la guérison en était complète, tandis que, pendant quelque temps encore, persistaient, atténués de plus en plus, les troubles dermiques ci-dessus enregistrés. Un régime favorable à l'amélioration du tube digestif, atteint depuis l'enfance d'une continue constipation, avait été établi. Quelques purgations salines, un peu de quinine, des compresses d'eau boriquée, pulvérisations phéniquées à 2 p. 100, boriquées, salicylées, etc., poudre d'acide

borique, avaient été les médications directement dirigées contre l'exanthème.

Quel pouvait être le vrai diagnostic de cet exanthème ? Assurément, ce n'était point un érysipèle, car, sauf les surprises du premier moment, on ne pouvait y songer. Rappeler en quelques mots la symptomatologie de l'érysipèle sera, il nous semble, la meilleure manière d'écarter ce diagnostic. Quelque légère qu'en soit l'atteinte, l'érysipèle se manifeste toujours par un état général infectieux que caractérisent des frissons intenses et répétés, une fièvre à haute température dont la durée est continue, un état gastro-intestinal avec langue saburrale, nausées, vomissement, diarrhée, ictère, etc., un état nerveux pouvant aller de l'insomnie au délire (toutes choses ici inobservées) ; et par un état local, également tout autre que dans l'observation présente, caractérisé par : taches rouges d'étendue variable, serpigineuse ou fixe, d'une couleur rouge intense, vive et cuisante, âcre et mordicante, séparées des téguments normaux par un bourrelet périphérique formant un feston de réparation rouge jaunâtre. Sur les taches érysypélateuses apparaissent des phlyctènes, et leur rougeur cesse momentanément à la pression. A l'occasion d'un érysipèle et surtout lorsque l'exanthème gagne les bords d'une plaie, ceux-ci se tuméfient aussitôt ; le bourgeonnement charnu jusqu'alors naturellement rouge et humide se dessèche et s'affaisse, la suppuration se tarit et les ganglions où pénètrent les lymphatiques qui émanent de la blessure s'engorgent et s'endolorissent. Rien de tel ne put être observé au sujet de notre malade.

Dès lors à quelle interprétation rationnelle avoir recours et quel diagnostic précis pouvait-on formuler ?

On pouvait penser, avec quelque raison, à un exanthème occasionné par quelques troubles trophiques, conséquence aisée d'une intervention opératoire et que, par exemple, la simple et indispensable section de quelques filets nerveux pendant l'opération avait été en état de produire. Mais une telle opinion ne résistait guère à l'analyse, incapable qu'elle était d'expliquer l'état fébrile concomitant, et avec les plaques hyperémiques, un état fébrile était toujours symptomatique

d'un état infectieux, si léger qu'il puisse être. La conception d'une hyperémie active ou passive de la peau était plus plausible, car visiblement il s'agissait bien d'une congestion cutanée dont le caractère anatomique paraissait être ici une accumulation exagérée de sang dans les couches superficielles du chorion et dans le réseau capillaire.

Cliniquement cette hyperémie manifestait *son activité* par sa coloration vive, un léger gonflement, une sensation légère, toutes choses bien différentes de la coloration violacée et de l'œdème blanc qui caractérisent l'état passif. Un degré d'acuité en plus et cliniquement encore ces placards d'hyperémie active sont de véritable dermites, zone limitée d'inflammation cutanée où l'épiderme est le siège d'une desquamation insensible et même d'une phlycténisation dont les parois peuvent se détacher en squames foliacées, comme on pouvait aisément le remarquer chez notre malade. Ainsi raisonnablement se posait le diagnostic de dermite. Il ne restait, pour en confirmer la nature, qu'à analyser les relations qu'une telle hyperémie active pouvait avoir avec l'état médical de la patiente après la libération chirurgicale de son territoire pyohémique. L'étiologie (1) par cause externe, telle que traumatisme, effet de calorique, médication inopportune (application de salol, iodoforme, acide phénique), étant de prime abord écartée comme inexistante, ces hyperémies cutanées rentraient aussitôt et forcément dans le cadre de celles qu'on doit considérer comme les symptômes concomitants ou consécutifs d'états pathologiques généraux, ou de certains systèmes, particulièrement du système nerveux central : telle en l'espèce la rougeur subite d'une jeune fille effrayée ou pudibonde, telle encore l'hyperémie progressive et plus stable de l'enfant en bas âge, dont la face hyperémiée et squameuse est le miroir vivant d'un état d'infection gastrique ou intestinale. Ces troubles cutanés sont produits par voie directe ou par voie réflexe avec intermédiaire du système nerveux central, et la cause efficiente, lorsqu'elle n'est point le fait d'une excitation nerveuse venue du dehors, est au moins

(1) RAPOSI, Leçons sur les maladies de la peau (traduction Besnier).

l'attribut d'un virus pyohémique agissant sur la masse du sang. Dès lors, quoi de plus vraisemblable à invoquer pour l'étiologie pathogénique des hyperémies actives de ce cas ? L'acte chirurgical avait primitivement libéré un territoire infecté de l'organisme, mais l'organisme infecté a continué à réagir par l'excitation de virus pyohémique diffusé en lui, et la réaction a eu lieu aux endroits les plus favorables, ceux les plus voisins de la place où s'était produite l'intensité de sa manifestation virulente. Faisons encore, si l'on veut, entrer en ligne de compte les troubles gastro-intestinaux que la malade éprouvait depuis l'enfance, et nous aurons une explication plus que suffisante de cet état qu'on a pu définir ainsi : infection pyohémique, non épuisée après sa première période d'évolution, qui, diffuse dans l'organisme, s'est manifestée secondairement en hyperhémie cutanée dans les territoires avoisinant la région primitivement atteinte.

Ce sont là des *dermites toxiques* qu'il faut savoir reconnaître et qui nous semblent constituer un *type septicémique* comparable, mais à un degré moindre, à ces dermites, avec inflammation gélatiniforme du tissu cellulaire sous-cutané et des membres, accompagnée de *rougeur érysypélateuse* de la peau, que Unverricht décrit sous le nom de *dermatomyoïde*, cas dont nous avons autrefois publié un exemple remarquable (1).

Nous remercions vivement notre distingué confrère le Dr Oelnitz pour nous avoir précieusement aidé à élucider un tel diagnostic, et nous avons pensé que la publication et la discussion de ce cas avaient leur valeur non seulement parce que, en pareille occurrence, il est très important de ne point confondre dermite et érysypèle, mais aussi parce qu'un tel cas ne peut que contribuer à la connaissance toujours plus grande de la pathologie auriculaire et des complications qui peuvent éclore consécutivement aux interventions mastoïdiennes de pratique aujourd'hui si courante.

(1) BAR, Communication à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1901.

COMMUNICATION

FORMULE ACOUMÉTRIQUE UNIVERSELLE

ADOPTÉE AU VIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE DE BUDAPEST.

Déjà, depuis de nombreuses années, les otologistes ont senti le besoin d'une formule universelle pour notifier le résultat de l'examen fonctionnel. Presque tous ceux qui se sont occupés de l'examen fonctionnel de l'oreille se sont fait une formule particulière qui, si elle n'est pas expliquée à nouveau dans chaque publication, est plus ou moins incompréhensible pour les confrères, principalement pour ceux de l'étranger. Il serait déjà agréable que les épreuves fonctionnelles fussent faites partout de la même façon, mais cela ne sera jamais obtenu, et c'est à peine nécessaire. Ce que l'on pourra obtenir et ce que l'on doit obtenir, c'est que les épreuves principales usitées presque partout soient notées partout de la même manière, avec les mêmes signes internationaux, de façon à ce que chacun puisse tout de suite voir de quoi il s'agit.

Déjà, au Congrès de Bordeaux, la question d'une formule acoumétrique universelle a été mise à l'ordre du jour, et une formule pratique facile à comprendre a été proposée par Politzer, Gradenigo, Delseaux. Du reste, une commission internationale a été nommée au Congrès pour poursuivre les travaux. La plupart des membres de cette commission se sont réunis pour faire une proposition au VIII^e Congrès d'otologie de Budapest, proposition adoptée. La formule proposée est dans les grandes lignes identique à la formule de Bordeaux, mais modifiée dans beaucoup de détails.

La commission n'a eu en vue que les soi-disant épreuves fonctionnelles qualitatives, tandis que le choix pour la notation des épreuves quantitatives (champ auditif, etc.) restera individuel. La commission n'a pas non plus voulu fixer le nombre des épreuves qui devraient être partout et uni-

quement employées. Elle a cherché à faire une formule assez large pour que chacun puisse y trouver ce qu'il lui faut et laisser ce qui est superflu. Mais la commission pense qu'un certain nombre d'épreuves sont essentielles, si on tient à faire un examen fonctionnel tant soit peu exact et utilisable pour le diagnostic. La commission s'est occupée avant tout de créer des signes internationaux, un système d'abréviation compris partout, en quelque langue que l'auteur s'exprimât.

PROPOSITION DE LA COMMISSION.

Pour écrire le résultat de l'examen fonctionnel d'une façon universelle et partout compréhensible, il est indispensable que l'on emploie la formule fondamentale de la commission et ensuite que, quand on se sert d'abréviations, on emploie toujours les signes choisis par la commission. Chaque épreuve sera désignée par l'initiale de son nom latin. Pour l'indication des sons, on utilise la désignation musicale allemande. Les résultats obtenus sont notés sur une ligne horizontale. Pour faciliter la compréhension de la formule acceptée par la commission, nous rapportons comme exemple le résultat que donnerait un cas supposé d'otite à droite :

AD	25	20	30	+ 8	8,9	8,0
W // S (15) + 5	<i>a</i> ¹ M (20)	<i>a</i> ¹ A (60)	C ¹ A (30)	R (35)	H (3,0)	P (15,0)
AS	20	60	30	+ 35	15,0	15,0
	15,0	3,0	D	40 000		
	V (38)	v (28)	LI	LS		
	> 20	15,0	C ₂	40 000		

AD et **AS** veulent dire *auris dextra* et *auris sinistra*.

W signifie épreuve de Weber.

La latéralisation est désignée par une flèche dirigée du côté où a lieu la latéralisation. Si le Weber n'est pas latéralisé, on écrit **W** =.

Si le diapason n'est pas perçu au vertex, on écrit **Wo**. Pour ces épreuves, on emploie le diapason *a*¹ (435 v. d).

S signifie épreuve de Schwabach. La différence avec le temps normal de perception est désignée par + ou - et le nombre différentiel de secondes. Quand la perception est normale, on désigne par =. Pour cette épreuve, on emploie le diapason

a^1 (435 v. d.), et le temps normal de la perception de ce diapason doit être indiqué.

a^1M signifie le temps de perception du diapason a^1 (435 v. d.) sur l'apophyse mastoïde (M, mastoïde, transmission osseuse). On ajoute entre parenthèses le temps normal de la perception. Le temps de perception pour l'oreille droite et l'oreille gauche du malade est exprimé en secondes en haut et en bas. Quand on ne mesure que la différence, on la note avec + et \div , simplement, sans noter la différence; par un + quand la perception est augmentée et par un \div quand elle est diminuée. Quand la perception du malade est normale, on l'indique par =. Le temps normal de perception du diapason doit être également indiqué quand on note simplement le temps différentiel. Au lieu de a^1 , on peut employer un autre diapason, par exemple c^2 .

a^1A désigne le temps de perception du diapason a^1 (435 v. d.), quand le diapason est tenu devant le conduit (A = air, transmission aérienne). Les désignations se font comme pour la transmission crânienne.

c^1A signifie que le diapason c^1 (2048 v. d.) est tenu devant le conduit.

R signifie épreuve de Rinne. On mesure le temps différentiel entre la transmission aérienne et la transmission osseuse, et on ajoute un + ou un \div au nombre de secondes, quand respectivement la conduction aérienne ou osseuse prévaut. Quand le temps de perception pour la transmission aérienne et la transmission osseuse est égal, on note =. A un examen superficiel on peut se contenter de noter + ou \div sans ajouter le nombre de secondes. Dans le cas où le diapason n'est entendu que par la conduction aérienne, on le note par un + t ; s'il n'est entendu que par la conduction osseuse, on écrit $\div \delta$; la différence est marquée $t \div \delta$. t désigne la conduction aérienne, δ la conduction osseuse. Quand on veut déterminer par l'épreuve du Rinne le temps différentiel, le temps normal pour le diapason employé doit être ajouté entre parenthèses. On emploie pour l'épreuve le diapason a^1 (435 v. d.).

H signifie *horologium*, montre; la distance normale d'audition en mètres sera ajoutée entre parenthèses, le pouvoir auditif de l'oreille droite et de l'oreille gauche du malade au-

dessus et au-dessous. Si la montre n'est entendue qu'étant en contact avec le pavillon, on écrira *a.c.* = *ad concham*.

P signifie *acoumètre de Politzer*; le pouvoir auditif sera, comme pour la montre, indiqué en mètres.

V (*vox*) signifie voix habituelle de conversation; *v*, voix chuchotée; le pouvoir auditif sera indiqué en mètres, et le mot servant à l'épreuve sera entre parenthèses. Si tous les mots d'essai sont entendus à la plus grande distance dont on dispose de façon à laisser supposer que du moins quelques mots pourraient être entendus à une plus grande distance, on ajoute avant le résultat en mètres un signe de $>$. Si la voix n'est entendue qu'immédiatement à l'oreille, on écrit 0,1 (1 centimètre). Si l'on examine au moyen des mots *équi-intenses* et *isozonaux* (d'après Quix), les valeurs pour les différents groupes seront relevées par des traits et la valeur pour le groupe le plus grave sera mise en premier.

LI signifie limite inférieure. Elle sera déterminée autant que possible avec la gamme-centimètre des tons de Bezold, et le ton le plus grave encore entendu sera désigné par sa dénomination musicale respectivement par le nombre des vibrations doubles. Si l'examineur ne possède pas la gamme-centimètre des tons, mais seulement par exemple une série de diapasons *c* de différentes octaves, on ajoutera au diapason le plus grave encore entendu le signe $<$, qui devra signifier que peut-être des tons plus graves pourraient être entendus. Dans ce cas, on doit indiquer avec quelle source sonore l'examen a été fait.

LS signifie limite supérieure. Si elle est déterminée au moyen du sifflet de Galton-Edelmann, on indiquera le nombre des vibrations du son entendu, autrement la hauteur du son doit être indiquée, quand c'est soit avec le monocorde de Schulze ou les cylindres de König que l'examen fonctionnel a été fait.

On peut, dans certains cas, supprimer quelques-unes des épreuves, par exemple les épreuves avec la montre et l'acoumètre de Politzer; de même les épreuves de Schwabach et de Rinne peuvent être supprimées, quand la conduction osseuse et la conduction aérienne sont examinées isolément, de même

qu'on peut supprimer le résultat de la conduction osseuse et aérienne si l'on préfère le Rinne et le Schwabach. Mais il est toujours recommandable de faire toutes les épreuves. Si, pour l'un des examens au diapason, on en emploie un autre que celui indiqué, le diapason employé devra toujours être désigné.

Si l'on examine avec d'autres diapasons que ceux indiqués dans la formule, la désignation de ces diapasons et leur durée de perception doivent toujours être ajoutées après la formule principale. Les méthodes spéciales d'examen, épreuve de Gellé par exemple, doivent être clairement désignées par leur nom intégral.

Dans les épreuves quantitatives détaillées, la méthode d'examen doit être indiquée chaque fois (dans chaque publication), de même que les figures graphiques doivent être exactement expliquées.

Les hauteurs de diapasons et autres sources sonores seront désignées de la façon suivante : la gamme s'appelle *c, d, e, f, g, a, h*. Les sons intermédiaires seront désignés d'après le langage musical allemand usuel. L'abaissement d'un son d'un demi-ton sera désigné par l'adjonction de *es* ou *s* à la désignation du son (par exemple *des, es, as*). L'élévation d'un demi-ton par adjonction de *is* (par exemple *fis, gis, cis*). Un *h* abaissé d'un demi-ton s'appelle *b*. Les octaves seront désignés de façon suivante $C_1, C_2, C, c, c^1, c^2, c^3, c^4, c^5$. Le nombre de vibrations du diapason sera toujours donné en vibrations doubles (v. d.).

Comme exemple, donnons quelques formules de cas supposés :

$$W = \frac{AD}{AS} \frac{+5}{a^1 M (20)} \frac{0}{a^1 A (60)} \frac{\pm 20}{c^4 A (30)} \frac{5,0}{V (28)} \frac{0,60}{v (28)} \frac{c}{I 1} \frac{15\ 000}{LS} \frac{A_1}{40\ 000}$$

Explication : diapason sur le vertex non latéralisé. Oreille droite : conduction osseuse diminuée, conduction aérienne supprimée pour a^1 , diminuée pour c^4 ; pouvoir auditif pour la voix haute et la voix chuchotée, mot d'examen 28, sensiblement diminué, limite inférieure considérablement élevée, limite supérieure un peu abaissée. Oreille gauche : conduction osseuse normale, conduction aérienne diminuée, pouvoir

auditif pour la voix haute et la voix chuchotée un peu diminuée, limite inférieure un peu élevée, limite supérieure normale. Diagnostic : combinaison d'otite moyenne et de labyrinthite à droite, d'otite moyenne pure à gauche.

AD	$\frac{2}{3}$	$\frac{2}{3}$	$+\frac{1}{2}$	O	0,1	1,5—1—1
W0	a ¹ A (20)	C ¹ A (30)	R (35)	H (3,0)	P (15,0)	V
AS	$\frac{2}{3}$	$\frac{2}{3}$	$+\frac{1}{2}$	a.c	0,5	2—1,5—1
		O	16		15 000	
		V	L1		LS	
		0,4—0,1—0,01	16		9 000	

Explication : diapason non entendu du vertex. Conduction aérienne diminuée bilatéralement. Rinne positif, diapason non entendu de la mastoïde droite, montre pas entendue à droite, à gauche seulement au contact. L'acoumètre de Politzer est entendu à droite à 10 centimètres, à gauche à 50 centimètres. La voix haute examinée d'après Quix par trois groupes est entendue à une petite distance seulement, surtout les mots composés par des sons à tonalité élevée et à grande intensité, qui généralement sont entendus plus loin que les sons graves. Voix chuchotée à droite pas entendue, à gauche seulement à petite distance. Limite inférieure normale (16 v. d. = C²). Limite supérieure notablement diminuée. Diagnostic : labyrinthite bilatérale.

Cette proposition de la commission a été acceptée par le représentant du Danemark, J. Möller; de l'Allemagne, Panse; de la Hollande, Quix; de l'Italie, Gradenigo; de l'Autriche, Politzer; de la Suisse, Siebenmann.

La commission émet le vœu que chaque lecteur de ce journal fasse une propagande pour que les règles ci-dessus développées soient suivies à chaque examen fonctionnel de l'oreille.

Signé : JÜRGEN MÖLLER (1).

(1) Traduit par Lautmann.

ANALYSES

I. — OREILLES.

Extraction d'un corps étranger de l'oreille par l'électro-aimant
par ALEXANDER (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd. LIV, n° 3 et 4).

Un garçon de 4 ans s'est logé une bille métallique dans le conduit gauche. Un spécialiste consulté a provoqué une otite externe. Alexander, après un essai avec la seringue resté infructueux, même dans la position de Rose, a eu l'idée de s'adresser à un procédé en usage chez les oculistes. Après échec avec l'appareil de Haab, l'électro-aimant de Hirschberg a ramené la bille à la première tentative.

LAUTMANN.

D'une statistique nombreuse et peu commune de furoncles du conduit auditif externe et de quelques complications, par E. SALARIS (*Bollettino delle malattie dell'orecchio*, etc., avril 1908, n° 4, p. 74).

A propos d'une épidémie de furoncles de l'oreille observée pendant les mois d'été surtout chez des femmes, l'auteur expose le mode de traitement qu'il a adopté.

Ce traitement consiste à pratiquer toujours l'incision au bistouri, quel que soit l'âge du furoncle, puis le raclement au moyen d'une petite curette pour enlever le bourbillon.

Sur 80 cas observés, cette méthode amena presque toujours la guérison, au bout de deux jours en moyenne, lorsque l'incision avait été faite dans la période initiale ; au bout de quatre ou cinq jours environ lorsque la transformation purulente était survenue. Après l'incision, on obture le conduit au moyen d'une bande de gaze au xéroforme et on prescrit pour quelques jours des instillations d'alcool boriqué ou bien de solution hydro-alcoolique d'acide salicylique, afin d'éviter l'auto-infection.

Il est également bon de faire, toujours après l'incision, et quand les parois du conduit sont tuméfiées, une sorte de tamponnement plutôt serré, également à la gaze xéroformée, de façon à exercer une légère pression sur ce conduit.

On ne peut faire qu'une objection à l'emploi du bistouri, c'est que la douleur est atroce. Avant l'incision du furoncle, Salaris instille

dans le conduit, pendant dix minutes environ, une solution de chlorhydrate de cocaïne à 50 p. 100.

Cette proportion, de beaucoup supérieure à celle qu'on indique habituellement, peut être employée impunément pour le conduit, dont le pouvoir absorbant est très faible. Salaris s'est également servi plusieurs fois avec avantage de la mixture mentho-phénolo-cocaïnée de Bonain.

Mais, de toute façon, quand l'anesthésie ne peut se faire, on réussit incomplètement; il est préférable d'employer le bistouri sans avoir recours aux remèdes souvent inutiles et qui ne font que retarder le résultat de l'opération.

On prétend que, dans la période initiale du furoncle, il n'est pas toujours facile de distinguer le point où il va faire saillie et qu'en conséquence on risque avec l'incision de ne pas ouvrir la glande, siège du processus.

Mais cependant, par un examen attentif à l'aide du stylet, il est possible de découvrir un point où la sensation douloureuse est localisée et d'y faire l'incision.

M. BOTLAY.

Sur l'ouïe des nouveau-nés, par ZIMMERMANN (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, n° 4).

Ce court article est une réfutation du travail de Koellreutter (analysé dans les *Annales*). On se rappelle que Koellreutter prétend avoir trouvé que tous les nouveau-nés réagissent, dans les premières vingt-quatre heures, au sifflet de Galton. Zimmermann a repris les expériences dans le service de Léopold et a trouvé comme résultat que, sur douze enfants examinés, un seul a réagi. Il critique aussi la technique suivie par Koellreutter. Zimmermann dit que ce n'est pas la hauteur du son, mais son intensité qui influe sur le nouveau-né, résultat qui paraît *a priori* plus probable.

Koellreutter maintient ses affirmations dans un court article paru dans le même numéro de la *Zeitschrift*. LAUTMANN.

Kyste dermoïde du lobule de l'oreille, par le professeur CITELLI (*Archiv. intern. laryng.*, 1907, n° 2).

Les dermoïdes sont rares à la région de l'oreille, et on ne connaît pas de cas bien certain siégeant au pavillon; cependant, en comptant parmi les dermoïdes les cholestéatomes primitifs, le chiffre serait plus considérable.

L'observation rapportée est celle d'un cholestéatome primitif du lobule; en effet, le contenu, qui ne contenait ni gouttelettes de

graisse, ni cristaux de cholestéarine, ni poils, provenait entièrement de la couche cornée de la paroi, qui se desquamait de façon incessante.

M. GRIVOT.

Traitement de l'eczéma chronique du pavillon et de la région rétro-auriculaire, par BONNE (*Archiv. intern. de laryng.*, 1907, n° 2).

L'auteur traite les eczémas chroniques des régions auriculaire et préauriculaire, sauf le conduit, avec des badigeonnages avec de l'alcool à 70° saturé d'acide borique, un ou deux badigeonnages par jour amenant une tension de la peau qui est dissipée par une application de glycérine.

M. GRIVOT.

Un cas d'otite externe diffuse fétide chez un téléphoniste, par HAMM (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 52, 1907).

Un homme en pleine santé, sans trace d'aucune maladie, reconnu sain d'oreilles avant son admission dans les téléphones, commence, un an après son entrée dans un service très actif de téléphone, à se plaindre de surdité dans les deux oreilles et de douleurs dans l'oreille gauche, en même temps que d'une odeur pénétrante provenant de ses oreilles. A l'examen, on trouve les deux conduits remplis de masses blanches jaunâtres. Après nettoyage, les conduits paraissent très rétrécis à cause de l'inflammation. Le tympan gauche est légèrement injecté. La surdité et la douleur disparaissent après le nettoyage du conduit. On a au début, quand les appareils téléphoniques étaient encore défectueux, accusé le téléphone de provoquer des méfaits dans l'oreille moyenne et interne. Mais, avant Hamm, il ne s'est trouvé encore personne pour mettre sur le compte du téléphoné l'irritation due à des causes qui n'ont aucun rapport avec l'électricité, car vraiment on aura peine à croire que l'employé du téléphone dont il est question dans l'observation de Hamm ait, du fait qu'il était atteint de sueur des pieds, fourni de bonnes conditions pour la kataphorèse du courant.

LAUTMANN.

Plastique des difformités du pavillon, par UFFENORDE (*Munchn. mediz. Wochenschr.*, n° 43, 1907).

On rencontre dans la pratique plusieurs genres de difformités du pavillon, qu'on divise le mieux en deux groupes : celle de macrotie et celles de microtie ; de plus, on connaît encore des appendices du pavillon (polyotie), des fistules, des colobomes. Toutes ces difformités

peuvent être associées à l'atrésie du conduit et à des états pathologiques de la caisse et de l'appareil perceuteur. Dans tous les cas de difformités du pavillon, il faut s'enquérir, par l'examen fonctionnel, de l'état de la caisse et de l'oreille interne. Quant au pavillon, malgré l'opinion de Geizel (travail analysé dans les *Annales*), sa valeur pour l'ouïe est sans importance. Le pavillon est, d'après Uffenorde et d'autres (Mach, par exemple), un organe rudimentaire dont la fonction consiste peut-être à localiser le son dans l'espace.

Les difformités du pavillon ont fait naître différentes méthodes. Pour la makrotie, c'est l'excision cunéiforme d'après Trendelenburg qui est le plus usitée. Pour les oreilles généralement très grandes et distantes de la tête (*vulgo*, oreille décollée), l'opération de Ely est celle qui donne le meilleur résultat. Elle consiste en excision d'une partie de la peau derrière le pavillon de l'oreille et sur la partie du temporal lui faisant face, et en excision d'une partie ellipsoïde du cartilage avec suture des faces cruentées.

La microtie est plus fréquente et a provoqué une quantité de procédés opératoires qu'on trouvera tous mentionnés dans la bibliographie faisant suite au travail de Uffenorde. En terminant, Uffenorde décrit une nouvelle plastique inventée par lui et essayée sur un malade qui a été opéré sans succès auparavant d'après le procédé Gruber.

Voici la nouvelle plastique ; incision longue de 1 centimètre, commençant au-devant du tragus et allant en haut jusqu'à la racine du cuir chevelu. On incise ensuite la racine de l'hélix transversalement, jusque dans la partie supérieure de la conque (cymba). A peu près 2 centimètres derrière et au-dessous du bout supérieur de la première incision, on fait, à travers la peau du temporal, une incision avec concavité dirigée en avant. Une autre incision est faite sur la face interne du pavillon, qui va en haut retrouver la première incision. On obtient ainsi un lambeau rétro-auriculaire qu'on prépare. On libère ainsi une partie de l'auricula, qui est relevée et suturée sous le pont du lobe ainsi formé. Le lambeau est plié en avant, et sa pointe est cousue dans la racine de l'hélix.

LAUTMANN.

La fonction du pavillon. par GEIGEL (*Munchn. mediz. Wochenschr.*, n° 47, 1907).

Un court article sous le même titre analysé dans les *Annales* a rencontré, de la part de Uffenorde, une opposition énergique.

Geigel avait prétendu que le pavillon avait une part active et prépondérante dans la transmission du son. Uffenorde, au cours d'un article sur une nouvelle plastique pour microtic, avait réfuté cette opinion. Dans sa riposte, Geigel maintient ses affirmations en s'appuyant sur des expériences (très simples) faites sur lui-même. Quoique Geigel ne paraisse pas s'occuper de médecine pratique, son opinion mérite d'être prise en considération par des cliniciens.

LAUTMANN.

Zona hémorragique récidivant du conduit au cours d'une otite moyenne aiguë, par R. REISSMANN (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 41, 1907).

Un avocat de 68 ans fait, le 7 février 1904, une otite moyenne aiguë à droite. Trois jours plus tard, le conduit externe est le siège d'une tuméfaction diffuse. Le lendemain, après plusieurs heures de douleurs très vives, poussent plusieurs vésicules hémorragiques dont une sur le tympan, les autres sur la paroi inférieure du conduit, et formant par la suite une traînée de petites vésicules allant du tympan jusqu'au tragus. Guérison au bout de quinze jours.

En mars 1907, le malade fait dans la région du cubital un zone qui laisse après lui des taches pigmentées.

Le 27 septembre 1907, nouvelle otalgie à droite, consécutive à une rhinite aiguë. Les jours suivants poussent trois vésicules hémorragiques sur la paroi inférieure du conduit. Adénite rétro-auriculaire. Une des vésicules sises sur le tympan provoque la perforation du tympan et une otite consécutive. LAUTMANN.

Adénite cervicale liée à une diphtérie méconnue de l'oreille externe, par P. CORNET (*Revue hebdomadaire de laryng.*, 19 janvier 1907).

Volumineuse adénite de la région carotidienne gauche, dure, adhérent aux tissus environnants, un peu sensible. Elle s'étend de la pointe de la mastoïde au cartilage cricoïde; elle déborde le sterno en avant et en arrière. Bon état général, 38° le soir.

Cette adénite a débuté huit jours auparavant, immédiatement au-dessous de la pointe de la mastoïde, et ne peut reconnaître comme porte d'entrée que le conduit auditif externe. Dans celui-ci se trouve un pus épais, crémeux, blanc, sans odeur; sur les parois sont des fausses membranes qui s'enlèvent très facilement au porte-coton; les téguments sont rouges, mais ni saignants ni ulcérés.

Avec le même spéculum qui avait servi à examiner l'oreille gauche, mais nettoyé à l'eau bouillante, puis flambé, Cornet examine l'oreille droite normale. Le lendemain, dans cette oreille, apparaissent des fausses membranes.

L'examen bactériologique met en évidence le bacille de Loeffler court. Une injection de sérum amène la rétrocession des phénomènes du côté gauche en l'espace de vingt-quatre heures. Le conduit auditif droit est plus lent à guérir et nécessite une nouvelle injection.

D'après Cornet, cette observation met en évidence que, dans l'oreille comme dans la gorge, la diphthérie peut ne pas revêtir une forme classique et que les otites externes comme les angines doivent être étudiées le microscope à la main. Ce fait montre aussi, pour Cornet, que la stérilisation des instruments d'examen par le flambage, même après un nettoyage soigné, est absolument illusoire.

A. HAUTANT.

Un cas d'otite pseudo-membraneuse d'origine diphthérique, par D. JOSÉ SANÉ MEDAU (*La Medicina de los niños*, Barcelonè, sept. 1907).

L'auteur ayant employé, faute d'avoir sous la main un fil de platine, un stylet à pansement d'oreille appartenant à un de ses confrères le Dr S..., pour ensemençer des cultures diphthériques, il se produisit l'accident suivant pour avoir oublié de stériliser ce stylet ou pour l'avoir insuffisamment stérilisé.

Le Dr S... eut à panser avec ce stylet, un petit garçon qui était atteint d'otite moyenne suppurée subaiguë.

Le processus, qui était en voie de guérison, se réchauffa subitement, et en quatre jours le petit malade présenta une tuméfaction douloureuse du conduit, dont les parois rouges et douloureuses obturaient presque complètement la lumière de ce conduit et rendaient l'examen au spéculum impossible.

La température atteignait 39°,4. Prostration et vomissements. Pas de douleur mastoïdienne; écoulement par le conduit d'un liquide séro-sanguinolent. Engorgement ganglionnaire.

Par le lavage, on ramène des fausses membranes blanchâtres souillées de sang et de pus.

Une analyse bactériologique de ces membranes y décèle la présence du bacille de Loeffler, donnant l'éveil sur le mode de contagion. Le jour suivant, la température était de 40°, le pouls à 130, les vomissements incessants, délire et prostration.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux, lavages au

chlorate à 2 p. 100 et badigeonnages au toluol. Trente heures plus tard, les phénomènes s'étaient amendés ; la température avait baissé à 38°,2 ; les vomissements et le délire avaient disparu ; mais, comme l'enfant était alors prostré, on lui injecta une nouvelle dose de 15 grammes de sérum de Roux.

Vingt-quatre heures plus tard, l'amélioration était bien plus manifeste ; température, 37°,5 ; tuméfaction du conduit en partie disparue. Les parois étaient couvertes de fausses membranes dont quelques-unes se modelaient sur le tympan. La caisse, ainsi qu'on put le constater après lavage, était bourrée de fausses membranes, qu'il fallut enlever à la pince et au crochet.

Les phénomènes généraux durèrent encore trois jours, et le processus préexistant reprit sa marche, qui se termina par une guérison normale.

Mossé.

Sur les lésions de la membrane du tympan causées par l'explosion des bombes, par LUBLINGER (*Revue hebdomadaire de laryng., otol. et rhin.*, 2 fév. 1907).

Pendant une explosion, la condensation ou la raréfaction brusque de l'air dans le conduit auditif externe peuvent également causer une rupture de la membrane tympanique, même sur un tympan tout à fait sain. Ces ruptures sont plus fréquentes pendant la condensation et, d'après Eysell, elles sont plus fréquentes chez les sujets ayant les cellules pneumatiques de l'apophyse mastoïde bien développées. Un cas, observé par Lublinger, est en faveur de cette théorie. Homme de 35 ans, à la suite d'une explosion, est pris de surdité et d'étourdissement ; sang coagulé dans le conduit osseux, tympan rompu en bas et en arrière, caillots dans la caisse ; pansements secs à la gaze iodofarmée, guérison ; l'année suivante, une trépanation de cette oreille, pour mastoïdite suite de coryza, montre que l'apophyse était formée de cellules pneumatiques très développées.

Dans une autre observation, on trouve une rupture de la membrane du tympan avec lésion du labyrinthe : vomissements et symptômes de Ménière. Probablement l'hémorragie dans le labyrinthe n'était pas causée par l'explosion même, mais par une chute et un coup à la tête.

Deux autres observations de rupture tympanique avec hémorragie dans la caisse, à la suite d'explosion, et facilement guéries sans reliquats.

A. HAUTANT.

Le bain de lumière de la membrane tympanique dans quelques formes d'otite sèche, par TOMMASO MANCIOLI (*Bollettino delle malattie dell'orecchio*, etc., juin 1907).

La lampe électrique préférée par l'auteur est la lampe de Nernst, constituée par un réseau de petits cylindres de substances réfractaires, telles que le bore, le zirconium, etc., réseau qui devient incandescent par l'énergie électrique.

Cette lampe a une intensité lumineuse d'environ 200 bougies. A la lampe est adjoint un manchon cylindrique en métal dont les parois planes sont constituées par des lentilles de quartz : dans ce manchon circule de l'eau froide ; les rayons calorifiques sont ainsi complètement éliminés de façon à rendre possible une exposition à la lumière d'une durée de cinq à quarante minutes.

L'intensité lumineuse étant constante, il est naturel que, pour modérer son action sur la membrane tympanique, on doive user de deux artifices :

1° Varier la durée des applications ;

2° Varier la distance qui sépare la membrane du foyer lumineux. La durée des applications doit varier de cinq à quarante minutes ; les deux ou trois premières séances seront de cinq minutes ; les autres pourront être rendues graduellement plus longues.

Quant à la distance de la source lumineuse à la membrane, dans les premières séances, elle ne devra jamais être inférieure à 40 centimètres ; ensuite elle pourra être diminuée de 5 centimètres et même davantage. Le conduit auditif est élargi et est rendu rectiligne au moyen d'un spéculum en forme d'entonnoir, de préférence en ébonite.

Après quelques minutes d'exposition à la lumière, la membrane est légèrement rouge, et le patient commence à éprouver au fond de l'oreille une agréable sensation de chaleur.

Cette sensation, à peine l'application suspendue, diminue d'intensité, mais se maintient cependant encore pendant quelques heures.

L'auteur pratique depuis deux ans le bain de lumière de la membrane tympanique dans des cas variés d'otite sèche.

Il a soigné également avec bénéfice par cette méthode les altérations séniles de l'oreille moyenne chez les personnes âgées qui ne présentaient pas d'autre trouble fonctionnel que la perte pour ainsi dire physiologique de l'ouïe, sans bourdonnements, sans vertiges, etc., et rien de particulier à l'examen otoscopique, sauf

une légère opacité ou une atrophie de la membrane enfoncée ou munie d'un cercle sclérotique péritympanique.

De bons résultats ont été obtenus dans des cas de lésions primitives des articulations des osselets, conséquences probables de troubles trophiques nerveux, dégénérescence du tenseur du tympan et des autres muscles, atrophie des osselets et rigidité de la chaîne.

Une femme de 45 ans, soumise à la photothérapie, présentait les symptômes classiques de l'otite moyenne hyperplastique bilatérale. La voix aphone était à peine entendue; la montre n'était pas perçue; seuls les diapasons aigus étaient perçus par la voie aérienne.

Après vingt séances, l'ouïe commença à s'améliorer; après quarante séances, la voie aphone était entendue à 6 mètres, la montre à 15 centimètres et le sifflet de Galton complètement.

Une forme spéciale d'otosclérose dans laquelle la photothérapie se montre très utile est celle d'origine uricémique. La minceur de la membrane permet à la lumière d'agir directement sur les articulations de la chaîne, en excitant la vitalité de façon à favoriser l'élimination des matières déposées dans les tissus.

Dans quelques cas d'otite moyenne hyperplastique avec paracousie et vertiges, la paracousie diminua d'intensité et même, dans quelques cas, disparut complètement.

Dans certains cas cependant, la photothérapie ne donna pas de résultats favorables, ce sont les otites catarrhales aiguës ou chroniques, ainsi que dans l'otosclérose syphilitique. M. BOULAY.

Corps étranger de la trompe d'Eustache droite, par OTTO PIFFL
(*Archiv für Ohrenheilk.*, Bd. LXXII, n° 1 et 2).

Un brin d'herbe enclavé dans la muqueuse de la trompe ayant provoqué un abcès à la base du cerveau avec irruption dans le pharynx et anévrysme de l'artère vertébrale, telle est en résumé l'observation rapportée par Piffel et considérée par lui comme unique dans la littérature otiatrice. Inutile de dire que la maladie n'a pas été reconnue *intravital*, qu'elle a été considérée comme une mastoïdite d'allure exceptionnelle. L'ouverture de l'apophyse mastoïde n'a pas permis non plus de reconnaître l'affection.

A l'occasion de ce cas, Piffel a fait des recherches dans la littérature sur les corps étrangers de la trompe d'Eustache. Ils ne sont pas nombreux. Généralement ces corps étrangers (aiguilles, pro-

jectiles, laminaires, verre) sortent par l'ouverture pharyngée de la trompe ou, après avoir provoqué une otite suppurée, par le conduit (cas d'Urbantschitsch, cas de Camerer); LAUTMANN.

Méthodes de traitement non opératoire de l'otorrhée moyenne chronique, par LAKE (*Clinical Journal*, 2 mai 1906, et *Therapeutic Gazette*, 15 août 1906).

Pour les injections, l'auteur préfère se servir de solutions de lysol et de créoline, à cause de leur alcalinité et de leur pouvoir saponifiant. Il utilise une seringue en verre (dont on peut facilement surveiller la propreté) terminée par un embout effilé en caoutchouc souple; celui-ci est facilement introduit dans le conduit auriculaire, ne provoque pas de douleur et nettoie mieux, sans qu'on soit obligé de trop pousser l'injection. Si l'on ne voit pas d'amélioration se produire avec une solution, il importe, au bout de quatre à six semaines, d'utiliser une autre solution antiseptique pour les injections.

Le liquide d'injection doit être à une température d'environ 38°; l'injection doit être faite deux fois par jour au moins, mais plus souvent si la suppuration est abondante. L'oreille doit être séchée ensuite. Si le pus est en abondance, il faut préférer la solution de formaline à 1/4 ou 1/2 p. 100, et, s'il y a surtout du muco-pus, les solutions mercurielles doivent être employées.

La poudre auquel l'auteur donne la préférence pour les insufflations est l'acide borique. Il recommande de ne pas insuffler de poudre dans les cas où il s'agit d'une perforation de la membrane de Shrapnell ou lorsque la perforation de la grande membrane est petite et située à la partie supérieure de celle-ci. Dans ces cas, il vaut mieux faire des instillations de liquides antiseptiques: d'alcool si l'écoulement est séreux et s'il y a tendance à la formation de polypes; d'eau oxygénée chez les enfants, lorsque l'écoulement est épais, dans les cas de perforation de la membrane de Shrapnell ou de fistule paratympanique, quand le pus vient de l'attique, ou si l'on soupçonne un cholestéatome. Dans les cas de petites nécroses osseuses, l'auteur conseille l'emploi d'acide chlorhydrique dilué. Les injections dans les petites perforations doivent être faites soit avec un cathéter, soit avec la canule de Hartmann. L'auteur pense que bien des cas d'otorrhée chronique peuvent être guéris sans opération, si le traitement est surveillé avec soin, surtout chez les enfants, où il faut toujours chercher s'il existe des végétations adénoïdes et enlever celles-ci. On peut ainsi guérir 50 p. 100 des enfants atteints d'otite moyenne.

Chez l'adulte, on ne doit faire la cure radicale que si l'otite est incurable par les moyens médicaux et que si la vie ou la santé du malade en dépendent.

A. RAOULT.

Traitement de la suppuration de l'oreille moyenne par le médecin praticien, par SIEBENMANN (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, n° 2, 1908).

Cet article est une conférence dans laquelle le professeur de Bâle a exposé aux médecins praticiens de la Suisse le traitement conservateur de la suppuration tant aiguë que chronique de l'oreille moyenne. Nous en extrayons seulement quelques aphorismes.

La paracentèse du tympan calme la douleur, mais ne sauve pas la vie, car les complications dangereuses pour la vie ne viennent pas de la caisse, mais des autres cavités pneumatiques.

Contre la suppuration aiguë de la caisse, l'acide borique rend les meilleurs services. Ce que l'on n'obtient pas par l'acide borique, on ne l'obtient non plus par aucun autre antiseptique. Par le traitement à l'acide borique, une otite moyenne aiguë dure à peu près vingt jours.

Le meilleur moyen pour calmer la douleur dans l'otite aiguë est, après la paracentèse, une vessie de glace sur l'oreille, laissée en permanence. La douleur même, persistant huit et dix jours, ne fournit pas une indication pour l'ouverture de la mastoïde.

LAUTMANN.

Nouvelle contribution aux expériences sur le traitement clinique des suppurations de l'oreille par l'hyperémie, d'après Bier, par FRÖSE (*Archiv für Ohrenheilk.*, Bd. LXXI, n° 1 et 2).

A une première série d'observations sur le traitement de la mastoïdite par l'hyperémie publiée par Ysemmer, la clinique de Schwartze ajoute 18 nouveaux cas soignés *lege artis*, c'est-à-dire : hyperémie pendant vingt-deux heures, malade presque constamment couché et surveillé, petite incision pour évacuer le pus soit de la caisse, soit d'une collection mastoïdienne.

Des 18 cas ainsi soignés et dont Fröse rapporte les observations très détaillées, 11 ont été guéris par l'hyperémie, 1 cas n'a pu être suivi ; dans 1 cas, la suppuration a continué et dans 3 autres la mastoïde a dû être ouverte. L'état de la mastoïde variait d'une simple sensibilité à la pression jusqu'à la fonte avec fistule de la corticale.

Parmi les cas ayant dû être trépanés, trois fois seulement on a trouvé du pus dans l'apophyse. La durée du traitement variait entre treize et quarante jours. Dans aucun cas il n'y a eu pseudo-guérison. Les malades sont restés tous définitivement guéris. L'hyperémie a toujours été bien supportée. Les douleurs de la mastoïde dans l'oreille, dans la tête, étaient soulagées au bout de quelques heures et disparaissaient généralement au bout de vingt-quatre heures. Une seule fois la présence de végétations adénoïdes a semblé gêner l'application de l'hyperémie, mais le malade a fini par s'y habituer. L'oreille demande un contrôle continu pour éviter les inflammations du conduit et la fermeture de la perforation tympanique. Ces deux accidents, comme le catarrhe de l'autre oreille non malade, sont directement sous la dépendance de l'hyperémie.

Il est très difficile de trouver les indications pour le traitement par l'hyperémie. Les observations de Fröse ne permettent pas de souscrire à l'affirmation de Keppler que le résultat est d'autant plus sûr que le cas a été soigné à son début. C'est juste le cas le plus récent (mastoidite du troisième jour) qui a eu l'évolution la plus mouvementée et a dû se terminer par l'ouverture de la mastoïde, opération qui a permis de reconnaître une fonte presque complète de la pointe de l'apophyse nécessitant sa résection après quinze jours d'hyperémie. Au contraire, les cas guéris par l'hyperémie avaient une durée de trois à six semaines. La présence de végétations adénoïdes, l'état lymphatique ou au contraire apoplectique, les vices du cœur pourront constituer des contre-indications. L'examen bactériologique du pus ne permet pas non plus de poser des indications. Des mastoidites à streptocoques et à diplocoques ont été guéries par l'hyperémie, comme elles lui ont résisté d'autres fois et ont demandé l'intervention sanglante. La virulence du microbe, et sous ce rapport les staphylocoques ne sont pas trop mal notés, a une certaine influence.

En suivant ainsi pas à pas l'exposé de Fröse, on est quelque peu surpris de rencontrer à la fin du travail des conclusions plutôt défavorables au traitement par l'hyperémie. Fröse trouve que la construction anatomique de l'apophyse mastoïde, l'insuffisance de ses communications avec l'économie générale rendent l'hyperémie difficilement applicable dans la mastoidite.

Par l'hyperémie, l'apophyse mastoïde enflammée est exposée à la nécrose. La mauvaise issue de l'application du traitement par l'hyperémie est à craindre quand l'oreille moyenne est gravement infectée et qu'il ne s'est pas formé de collection sous-périostale sur la mastoïde avant l'hyperémie. Le traitement de Bier donnera

des résultats dans les otites aiguës légères non compliquées et dans les mastoïdites subaiguës, pas trop récentes, chez lesquelles le pus s'est spontanément fait une ouverture par la corticale. Dans les suppurations chroniques, il faut exclure le séquestre et le cholestéatome. Enfin, dans les affections dues au staphylocoque, les résultats permettent d'être meilleurs que dans les infections dues à des microbes plus virulents. Le même numéro de l'*Archiv* apporte un article sur le même sujet, sorti de la clinique de Bonn, dont les conclusions diffèrent sensiblement de celles de Fröse.

LAUTMANN.

Le traitement de la mastoïdite par l'hyperémie, d'après Bier, par ESCHWEILER (*Archiv für Ohrenheilk.*, Bd. LXXI, nos 1 et 2).

Le traitement de la mastoïdite par l'hyperémie a eu, de la plupart des otologistes, un mauvais accueil. On peut dire de l'hyperémie qu'elle n'est pas sympathique aux otiatres. Question de parti pris, de préjugés orthodoxes, comme le croit Eschweiler, qui, passant rapidement en revue tous les travaux de critique, trouve que le traitement par l'hyperémie n'a pas été bien appliqué par ceux qui ont obtenu des échecs. Les expériences qu'on a faites à la clinique de Bonn, et dont une partie a été déjà publiée par Keppler, sont très encourageantes. Une nouvelle série de 14 cas est publiée aujourd'hui par Eschweiler.

Sur ces 14 cas, 10 ont guéri simplement par l'hyperémie avec une durée minima de sept et une durée maxima de quarante-six jours de traitement. Sur les 10 cas guéris, 5 avaient une collection suppurée sous le périoste de la mastoïde, qui, ouverte par petite incision, conduisait directement dans le foyer osseux. Durée du traitement, de sept à dix-huit jours. Chez les autres malades guéris, il y avait ou simplement douleurs de l'apophyse, ou infiltration du périoste sans suppuration.

Deux cas se sont terminés par la mort. Dans l'un des cas (il s'agissait d'un homme de 53 ans; l'opération de Schwartze a montré que l'hyperémie aurait peut-être eu le dessus sur l'inflammation de la mastoïde, et en effet le malade est mort trois semaines plus tard seulement de méningite localisée au lobe temporal. L'hyperémie ne peut certainement pas être accusée; c'est le seul cas, du reste, qui n'ait pas été constamment suivi dans la clinique.

Le deuxième cas de mort concerne un homme de 45 ans, probablement un tuberculeux, qui depuis quatre jours se plaint de douleurs et d'écoulement dans l'oreille gauche et de douleurs dans

L'oreille droite. Paracentèse de l'oreille droite. Dans le tympan gauche, perforation centrale, écoulement séro-purulent non fétide. Surdité très prononcée (pas d'examen fonctionnel). Traitement : hyperémie de vingt-deux heures ; la bande est mal supportée, la température reste à 40   les jours suivants. Pas de céphalée, pas de douleurs sur la mastoïde. Seringage quotidien des oreilles à l'eau boriquée. Le malade meurt le huitième jour du traitement. Autopsie. Méningite basale, thrombophlébite du sinus transverse, paroi postérieure du rocher de teinte gris verdâtre. Les cellules de l'apophyse mastoïde sont remplies de masses fusiformes, d'un jaune clair. Eschweiler dit qu'on a songé à une granulie ou à une septicémie otogène. L'issue de ce cas malheureux ne peut pas être mise sur le compte de l'hyperémie.

Enfin nous voulons résumer encore une observation intéressante au point de vue du diabète compliquant la mastoïdite. Une femme de 34 ans présente depuis six semaines le tableau du diabète (sucre 5 p. 100, acétone). Le 30 décembre, otalgie avec fièvre.

Le 1  r janvier 1907, on fait le diagnostic de myringite bulleuse à gauche. Pas de fièvre, pas de sucre.

Le 4 janvier, les douleurs augmentent ; on fait une paracentèse.

Le 5 janvier, vives douleurs de la mastoïde.   coulement abondant par le trou de paracentèse. Hyperémie.

Le 10 janvier, la douleur dans l'apophyse a diminué ; surdité très prononcée, vomissements.

Le 25 janvier, sécrétion séro-sanguine de l'oreille. Dans les urines, sucre 3/4 p. 100.

Le 8 février, céphalée continuelle, pas de fièvre, pouls 64, pas de sucre, apophyse très douloureuse. Opération d'après Schwartz sans anesthésie locale. L'os se montre rempli de sang ; la muqueuse des cellules rouge et tuméfiée ; nulle part du pus.

A la pointe de la mastoïde, une cellule de la grandeur d'une lentille remplie de mucus. Sinus normal. Pas d'abcès extradural. Dans la suite, tous les phénomènes (céphalée, otalgie, vomissements) disparaissent. Par un régime approprié, le sucre a disparu. La malade est guérie le 2 mars. On ne peut pas ne pas s'associer à Eschweiler, après lecture de cette observation, quand il dit qu'il n'y aurait pas eu besoin d'opération pour amener la guérison dans ce cas. On peut se demander si, sans l'hyperémie, le diabète n'aurait pas provoqué de plus grandes lésions dans la mastoïde, c'est-à-dire une fonte plus rapide de l'os nécessitant l'intervention sanglante.

Nous avons déjà constaté, lors de l'analyse du travail de Fr  se, que l'examen objectif des cas publiés ne permet pas encore de

condamner l'hyperémie comme moyen de traitement des mastoïdites. Une technique rigoureuse exposée par Keppler (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, p. 223) et une grande connaissance de l'otite suppurée et de ses complications sont les conditions nécessaires pour mener à bien ces recherches.

LAUTMANN.

De la mastoïdite séreuse, par A. COURTADE (*Archiv. intern. laryngologie*, n° 5, 1907).

Cette variété de mastoïdite est très rare, puisqu'il n'en est pas fait mention dans les ouvrages d'otologie, et l'auteur n'en a observé que trois cas.

Les symptômes objectifs et subjectifs sont ceux de la mastoïdite suppurée, y compris les symptômes cérébraux ; peut-être les symptômes locaux sont-ils moins accusés ; parfois la mastoïdite peut être latente. Tout l'appareil symptomatique disparaît après l'évacuation du liquide soit spontanée, soit par la compression de l'air dans le conduit auditif.

M. GRIVOT.

Étiologie et traitement de la mastoïdite, par S. MAC CUEN SMITH (*Therapeutie Gazette*, 15 mai 1906, p. 310).

L'auteur s'élève contre la négligence de beaucoup de médecins qui ne se préoccupent pas des écoulements d'oreille des enfants qui peuvent donner lieu à des mastoïdites. Il compare la mastoïdite à l'appendicite : l'une et l'autre maladie proviennent de l'infection d'un cul-de-sac en communication avec un canal étroit qui peut devenir le véhicule de l'infection. L'une et l'autre maladie ont été la cause de milliers de morts, parce qu'on n'en connaissait ni l'évolution ni les dangers. L'attitude professionnelle, dit l'auteur, en face de l'une et de l'autre maladie, doit être la même, au point de vue du diagnostic, du pronostic fort trompeur et de l'urgence de l'intervention.

Dans le reste de l'article, Mac Cuen expose les règles à suivre en face d'une otite moyenne suppurée avec ou sans mastoïdite et le choix de l'intervention (trépanation simple ou cure radicale) suivant la marche de l'otite et des complications.

A. RAOULT.

Cellulite mastoïdienne primitive, sans antrite ni otite, par AVELINO MARTIN (*Revista Barcelonesa de Enfermedades oído, nariz, etc.*, juin 1908).

Une fillette de 6 ans, atteinte d'ozène, présente des douleurs d'oreille, avec réaction générale, mais sans suppuration otique.

Un peu plus tard, apparaît œdème rétro-mastoïdien, chute du pavillon, sans affaissement de la paroi postéro-inférieure du conduit auditif, et conservation de l'acuité auditive.

L'opération démontra l'existence d'un effondrement pariétale de la mastoïdite à 2 centimètres environ du sillon rétro-auriculaire, intéressant une cellule mastoïdienne, sans communication avec l'antre indemne de toute lésion. L'ouverture de toutes les cellules voisines fit ressortir que le processus était circonscrit à cette cellule mastoïdienne, qu'il suffit de curetter pour obtenir une guérison rapide, avec conservation intégrale de l'acuité auditive.

Mossé.

Sur la mastoïdite récidivante, par H. S. WOLFF (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd. LIV, n° 3 et 4).

Cet article a été lu en partie à la Société berlinoise d'otologie le 11 juin 1907. L'auteur ajoute 8 observations, dont 7 concernent des enfants, la dernière un adulte. La bibliographie est ajoutée.

LAUTMANN.

Réinfections mastoïdiennes chez les opérés de mastoïdite, par U. CALAMIDA (*Arch. intern. laryngol.*, 1907, n° 4).

Sous ce nom, l'auteur comprend les réinfections purulentes qui surviennent parfois dans le tissu cicatriciel des opérés de trépanation mastoïdienne et qui sont depuis longtemps guéris; il ne faut pas les confondre avec celles qui se produisent au cours de la guérison de la brèche opératoire ou peu de temps après et dépendent d'une intervention chirurgicale incomplète ou d'une cicatrisation imparfaite.

Dans la majorité des cas, il doit s'agir d'une infection de l'oreille moyenne étendue aux cellules mastoïdiennes, rencontrant comme obstacle le tissu conjonctif cicatriciel et ce dernier participant à l'inflammation.

M. GIVOT.

Note sur quelques cas de trépanation et de cure radicale mastoïdiennes, par KAUFMANN (*Revue hebdomadaire de laryng.*, etc., fév. 1907).

L'auteur résume les particularités d'une cinquantaine d'interventions mastoïdiennes qu'il a eu l'occasion de pratiquer depuis deux ans.

Il fait l'évidement chaque fois qu'il est en présence d'une otorrhée ancienne qui ne guérit pas, fétide, continue ou intermittente, sans

s'attarder à de longs pansements. Il emploie le procédé de Moure : attaque par la paroi postéro-supérieure du conduit; il suture de suite la plaie postérieure. Suivent 23 observations d'évidement pétro-mastoldien.

Sans qu'il soit possible de poser de règle à ce sujet, Kaufmann estime qu'il vaut mieux trépaner rapidement, quand on soupçonne une mastoldite aiguë : de la sorte, les osselets sont moins longtemps en contact avec des exsudats toujours longs à se résorber, et l'otite adhésive aura moins de chances de se développer. Il suture de suite la plaie postérieure et laisse un drain jusqu'à ce qu'il soit rejeté par la cicatrisation osseuse. 24 observations de mastoidites aiguës terminent ce travail.

A. HAUTANT.

Mastoldite latente avec large dénudation du sinus latéral et complications cérébrales. Réflexions, par MARBAIX (*Presse otolaryngologique belge*, n° 4, 1908).

Mastoldite aiguë datant symptomatologiquement de quinze jours. Pas d'écoulement d'oreille, conduit sec, disparition du tympan, car l'oreille avait coulé autrefois. Douleur antrale à la pression. Paralyse des deux droits externes; le malade louche en dedans. Double stase papillaire. Ponction lombaire claire, avec liquide sous pression.

Cure radicale : une petite fongosité polypoïde dans l'antré. Poche purulente sous-périostée communiquant avec un abcès périsinusien. Dénudation du sinus latéral. Série de ponctions lombaires toujours claires, mais sous pression. Disparition de la diplopie quatre semaines après l'opération. Il en fut de même de la stase papillaire.

L'auteur considère qu'il s'agit là d'un cas typique de mastoldite latente : la mastoldite éburnée avec antré profond et réduit est le résultat d'une réaction des tissus qui eût tenté d'étouffer le mal, alors que la carie rongear la corticale interne jusqu'à dénuder complètement le sinus.

Les frissons, la fièvre, les douleurs frontales avec gonflement des paupières, joints à la stase papillaire et à la paralysie des deux muscles droits externes, semblent indiquer que l'infection se propageait du sinus latéral vers le sinus caverneux. Il ne semble pas qu'il y ait eu lieu, dans ce cas, d'ouvrir le sinus, animé de battements isochrones au pouls, car « là où il n'y a plus de fièvre, il n'y a pas d'infection » (Grünert), et, même s'il se fût agi de thrombose complète du sinus latéral, il eût fallu la respecter. C'est aussi l'avis de Luc.

La paralysie des nerfs de la sixième paire et la stase papillaire

double ne peuvent être expliquées uniquement par une compression mécanique due à l'augmentation de tension cérébrale, mais plutôt par une altération due aux toxines résorbées au voisinage du sinus latéral, comme le prouve une périvasculite décelable dans les vaisseaux de la papille pendant de longs mois.

Quant aux pansements des évidés, l'auteur se contente de pratiquer l'asepsie d'une façon scrupuleuse et d'assécher quotidiennement la cavité opératoire. L'emploi d'acide borique, de vaseline stérilisée, ou de bains d'eau oxygénée n'est qu'un accessoire pour la guérison.

A. HAUTANT.

Douleurs dentaires consécutives à la lésion du nerf facial au cours de l'évidement pétro-mastoldien, par G. BAILLEZ (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 10, 1907).

On note parfois, chez des malades dont le nerf facial a été blessé ou comprimé au cours d'opérations sur l'apophyse mastoïde, une douleur sourde et continue aux dents des maxillaires supérieur et inférieur, du côté où le nerf a été intéressé. Il s'agit de douleurs dues à l'irritation ou à la blessure du nerf facial. Ce nerf est en effet en réalité un nerf mixte; en effet, le nerf intermédiaire de Wrisberg partage sa distribution; il reçoit aussi des rameaux anastomotiques des IX^e et X^e, de l'auriculo-temporal, du plexus cervical, et il a une sensibilité récurrente venue de branches terminales du trijumeau, comme A. Bernard l'a démontré.

A. HAUTANT.

Traitement secondaire de la radicale sans tampon, par RUTTIN (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1908).

Court résumé de 20 cas opérés de radicale et soignés sans tampon. Remarques sur la guérison de la plaie opératoire par épidermisation entière, par épidermisation incomplète avec formation de brides et par reformation de la muqueuse. En terminant, Rutin laisse deviner qu'il continuera à soigner ses opérés sans tampon, à moins qu'il ne remarque une tendance à la formation de brides. Dans ce cas, il aura recours au tampon.

LAUTMANN.

Résultats consécutifs à la cure radicale de l'otite moyenne purulente chronique, par M. CUEN SMITH (*Therapeutic Gazette*, 13 nov. 1906, p. 721).

La statistique de l'auteur porte sur environ 200 cas opérés. L'auteur fait une étude générale sur les cas qu'il a observés,

mais il ne décrit aucun cas marquant. Pour les pansements, il pratique des injections avec une solution d'eau oxygénée à 25 p. 100, puis avec du sérum artificiel; enfin il sèche avec des tampons imbibés d'alcool, puis insuffle un mélange d'acide borique et d'aristol et met le pansement en place.

A. RAOULT.

Traitement post-opératoire des évidements mastoïdiens, par RAUGÉ (Association française de chirurgie, 5-10 octobre 1908).

Après l'évidement mastoïdien (qu'il s'agisse d'antrotomie simple ou d'antro-atticotomie), une vaste cavité demeure, mi-pathologique et mi-opératoire, qui ne se cicatrise qu'avec une extrême lenteur. Lorsqu'une « opération radicale » a fusionné en un cloaque unique, la caisse, l'aditus et l'antre, voire même les petites cellules périphériques, il faut compter sur un minimum de trois mois pour cutaniser cette large surface osseuse et pour combler cette brèche.

Or, si prévenu que l'on soit de la durée de cette réparation, il arrive trop fréquemment que malades ou opérateurs manquent, en pareil cas, de patience. Fatigué par d'interminables pansements, tourmentés, par un opéré impatient de guérir, on se laisse trop aisément aller à reprendre le ciseau ou la curette, et l'on se met à la recherche d'une lésion osseuse problématique oubliée dans la première intervention ou survenue depuis elle. On perd ainsi toute l'avance acquise, et tout le travail de réparation est à recommencer, puisqu'à la paroi primitive, en partie épidermée, on substitue une surface traumatique neuve, dont la cicatrisation doit être reprise *ab ovo*.

Il faut, en pareille occurrence, se défendre et défendre son malade contre toute reprise opératoire, qui n'est pas dûment justifiée par la constatation certaine d'une altération osseuse profonde. En ce cas, plus qu'en aucun autre, la sagesse chirurgicale consiste avant tout à savoir attendre.

R.

Quatre cas d'évidement pétro-mastoïdien pour lésions suppuratives chroniques de l'oreille moyenne et des cavités annexes avec suture immédiate des pavillons (procédé de Moure). Présentation de malades, par J. DUVERGER (Rev. hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie, 7 mars 1908).

Duverger présente à la Société khédiviale du Caire quatre cas d'évidement pétro-mastoïdien. Tous quatre ont été terminés par la réunion immédiate de l'incision rétro-auriculaire. L'auteur a utilisé le procédé de Moure, qu'il estime être de beaucoup le plus

simple : incision longitudinale de la paroi postérieure, prolongée dans la conque, agrandissement du méat, résection partielle du volet supérieur et suture à l'aponévrose temporale; application du volet inférieur par le tamponnement contre la surface trépanée, suture rétro-auriculaire.

A. HAUTANT.

Sarcome de l'oreille moyenne. Atticotomie. Guérison, par E. BOTELLA (*Archiv. intern. laryngol.*, 1907, n° 2).

L'auteur insiste sur l'intérêt de cette observation, qui joint à la rareté de l'affection celle d'un diagnostic précoce et d'une guérison considérée comme définitive, puisque un an s'est passé sans récurrence. Elle est à ajouter aux 23 déjà publiées.

Les premiers symptômes n'ont souvent rien de spécial; on constate une masse polypoïde et fongueuse qui est le siège de douleurs, qui saigne et qui produit une sécrétion fétide, enfin qui récidive après ablation; l'analyse microscopique confirme alors le diagnostic. L'intervention, pour être suivie de succès, devra intéresser largement le rocher.

M. GRIVOT.

Pneumatocèle supramastoldien, par G. GAVELLO (*Archivio italiano di otologia*, etc., mars 1908, 2^e fascicule, vol. XIX, p. 126).

Une jeune fille de 48 ans s'aperçut en décembre 1907 qu'elle avait sur la région temporo-pariétale gauche une petite tuméfaction non douloureuse; cette tuméfaction augmenta lentement de volume et finit par atteindre les dimensions d'un gros œuf.

Une large incision fut pratiquée sur toute la superficie de la tumeur, qui s'effaça, car elle ne contenait que de l'air.

Mais cependant elle se reforma au bout de peu de temps, et une ponction exploratrice fut faite à nouveau : on obtint le même résultat que précédemment, et la tuméfaction se reforma presque instantanément sous les yeux de l'auteur, en faisant souffler par le nez.

Une incision fut alors pratiquée dans la partie la plus saillante de la tumeur, de haut en bas et d'avant en arrière. Dans la zone de projection de l'antre, on trouva une crête osseuse, de conformation presque elliptique, qui délimitait un petit infundibulum; un stylet s'enfonça à plus de 2 millimètres, mais ne réussit pas à pénétrer dans une véritable cavité osseuse. En détruisant cette saillie, on ouvrit une cellule osseuse et on constata qu'elle communiquait avec d'autres petites cellules, par lesquelles on pénétrait

facilement dans l'autre mastoïdien. Celui-ci était de grandeur moyenne et ne présentait aucune altération.

On racla les tissus osseux à la curette ; on excisa le périoste précédemment décollé, on sutura le lambeau transversal de l'incision cutanée et on tamponna toute la brèche opératoire à la gaze iodoformée. Guérison au bout de vingt jours. M. BOULAY.

Diagnostic clinique du cholestéatome, par G. MACKENZIE (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 4, 1908).

L'examen microscopique de la suppuration auriculaire se fait très rarement en pratique. Mackenzie a examiné au microscope 70 malades atteints de suppuration auriculaire et soignés à la clinique d'Alexander. Chez 23 malades, il a trouvé dans le pus examiné les cristaux caractéristiques de cholestéarine et, sans aucune exception, on a constaté chez ces 23 sujets la présence du cholestéatome. Mackenzie croit pouvoir considérer la présence de cholestéarine dans le pus auriculaire comme signe certain du cholestéatome. Les 70 cas ont été classés dans un tableau synoptique qui, quoique inutile pour la thèse que l'auteur a voulu prouver, nous paraît un modèle heureux de tableau et dont nous pouvons recommander la distribution, qui est la suivante : nom, âge du malade, diagnostic clinique, traitement, anamnestiques, examen otoscopique, examen microscopique, examen acoustique du labyrinthe, nystagmus spontané, excitabilité (calorique, galvanique, giratoire), nystagmus par compression et raréfaction, troubles de l'équilibre, diagnostic au moment de l'opération, remarques épicrotiques, en tout quatorze colonnes. LAUTMANN.

Un cas de cholestéatome vrai de l'oreille, par HANSEN (*Münchn. mediz. Wochenschr.*, n° 12, 1908).

Vu la grande rareté du cholestéatome vrai, nous croyons intéressant de rapporter en détail cette observation.

Un homme de 42 ans vient consulter en mars 1905 pour de la surdité de l'oreille droite, causée par un bouchon de cérumen. Comme le malade présentait une paralysie faciale totale du côté gauche et comme la voix chuchotée n'a été entendue de cette oreille qu'à 30 ou 40 centimètres, Hansen examine l'oreille gauche également. Il trouve le tympan intact. Une partie seulement du tympan dans le quadrant antéro-supérieur et la partie faisant face à la paroi de l'attique étaient d'une couleur grise marquée. Le tympan était autrement intact. Pas la moindre fistule, même en

explorant avec la sonde. Le malade ne se rappelle pas avoir jamais eu une suppuration de l'oreille gauche. Depuis sa quatorzième année jusqu'à ce jour, il a eu des maux de tête insupportables venant par accès tous les huit à quinze jours durant de quatre à deux jours. Le siège de ces douleurs était généralement toujours la même partie antérieure de la tête à gauche. Pas de vomissements. Depuis l'âge de 24 ans, un léger bourdonnement a commencé dans l'oreille gauche, augmentant brusquement à la suite d'un bain. L'acuité auditive a diminué en 1894. Un auriste consulté à Paris a fait quelques insufflations sans succès, mais n'a rien trouvé de particulier à l'oreille. A ces symptômes (céphalée, bourdonnements de l'oreille gauche et diminution de l'acuité auditive) s'est ajoutée en 1900 brusquement la paralysie du facial existant encore à ce jour. Depuis 1907, la céphalée est devenue permanente. Depuis août 1907, l'oreille a commencé à suppurer sans cause ni douleur.

Le 27 août 1907 on voit dans le conduit une sécrétion fétide sanguinolente et dans la profondeur un gros polype. Le tympan était difficile à examiner à cause de la tuméfaction générale. Dans la sécrétion, pas de traces de cholestéatome. Dans la suite, la région au-dessus et au-devant du pavillon devient douloureuse et tuméfiée. Cette tuméfaction s'étend les jours suivants du front jusqu'au vertex. Le 19 octobre, on sent de la fluctuation dans la région tuméfiée devant le pavillon, et par la pression il s'écoule du pus par le conduit. Une intervention est décidée pour le 24 octobre.

Incision ordinaire. Ouverture de l'abcès supra-auriculaire. On trouve dans la squame du temporal une perforation. On procède ensuite à l'ouverture de l'apophyse mastoïde, qui paraît normale. Dans l'aditus, un cholestéatome de la grandeur d'une fève, de couleur blanchâtre. La paroi externe de l'attique, une partie de la paroi supérieure du conduit et le tegmen du tympan manquent et laissent libre une partie de la dure-mère recouverte de la matrice du cholestéatome. Après abrasion de la paroi postérieure du conduit, on tombe dans la région du canal horizontal, sur un séquestre.

Après avoir enlevé ce séquestre, on met la dure-mère de nouveau à nu jusqu'au trou jugulaire. Elle paraît également couverte de la matrice du cholestéatome. Entre dure-mère et sinus, on trouve un deuxième noyau du cholestéatome. Un troisième noyau a été trouvé près du trou de perforation de la squame du temporal. L'opération a été interrompue par suite d'hémorragie venant du trou jugulaire et des troubles de la respiration. Le séquestre enlevé se composait d'une partie du canal du facial et des parties des

canaux circulaires. Malheureusement ce séquestre et les trois cholestéatomes enlevés ont été perdus. Le malade s'est vite rétabli de cette opération et ne souffre plus de la céphalée.

Sans aucun doute il s'agit d'un cholestéatome vrai, car jamais le cholestéatome secondaire ne ronge l'os dans des proportions aussi extraordinaires dans trois endroits différents. Avant d'atteindre une dimension pareille, un cholestéatome secondaire a tué son malade par des complications endocranienne.

Le développement de la maladie montre bien rétrospectivement que seule l'existence d'une tumeur intéressant l'acoustique pouvait expliquer le cas. Il ne pouvait pas s'agir d'une tumeur maligne, et, parmi les autres tumeurs, le cholestéatome expliquait facilement la marche progressive de la maladie. L'âge du malade concordait également avec celui où les cholestéatomes deviennent généralement manifestes. Dans le cas de Körner et celui de Schwartze, il s'agissait également de malades dans la quarantaine.

Malgré l'absence de l'examen histologique, ce cas nous paraît un cas de cholestéatome vrai. La nature du cholestéatome vrai est absolument inconnue ; mais nous pouvons dire qu'il n'a aucun rapport avec le cholestéatome secondaire, qui est toujours consécutif à une ancienne otite suppurée. Il n'est plus permis de confondre ces deux tumeurs par un désir inexplicable de vouloir trouver dans l'os temporal plus de cholestéatomes vrais que dans les autres os du crâne.

LAUTMANN.

Cas de cholestéatome, par BEYER (*Münchn. mediz. Wochenschr.*, n° 7, 1908).

Malgré tous les autres symptômes réunis, Beyer, dans un cas d'otite suppurée, a hésité à porter le diagnostic ferme de cholestéatome, parce que la perforation était située dans le quadrant antéro-inférieur. Pour exceptionnel que soit un pareil siège de la perforation dans l'otite cholestéatomateuse, nous n'y voyons qu'un intérêt secondaire. Il est plus intéressant de savoir que le malade, un soldat, a été opéré de son cholestéatome et, malgré la mise à nu de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne, réincorporé dans le service actif après guérison opératoire. Il nous semble risqué de suivre l'exemple de Beyer et, le cas échéant, préférable de considérer un tel opéré comme inapte au service actif.

LAUTMANN.

Double cholestéatome. Thrombophlébite du sinus latéral droit.

Trépanation bilatérale. Ouverture du sinus. Injection d'électrargol. Guérison, par KAUFMANN (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie*, 29 fév. 1908).

Observation d'otorrhée double, qui nécessita l'évidement pétror-mastoidien bilatéral. L'apparition de grands frissons avec oscillations de la température autour de 39° fit pratiquer deux injections intraveineuses de 40 centimètres cubes d'électrargol, puis le curettage du sinus latéral droit, plein de pus et de fongosités. Amélioration immédiate. Sept jours plus tard, nouveaux frissons et 40°, qui nécessitent une troisième injection sous-cutanée d'électrargol. Guérison.

Tout en reconnaissant la valeur et l'importance de l'acte chirurgical, Kaufmann rapporte une partie du succès thérapeutique à l'action de l'électrargol. Il cite à ce propos l'observation de Paul Laurens, guérison de méningite otitique due uniquement à l'emploi de l'électrargol, et il croit que l'emploi de ce sel d'argent permet peut-être d'éviter de la sorte de grands délabrements opératoires.

A. HAUTANT.

Un cas de thrombophlébite otogène sans grande manifestation symptomatique, par UFFENORDE (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n° 41, 1907).

Nous avons analysé les deux cas de thrombose du sinus otogène, dont un publié par Alexander, l'autre par Schröder, ayant eu comme particularité de ne pas avoir présenté de fièvre pendant toute la maladie. Uffenorde ajoute le cas suivant :

Un souffleur de verre âgé de 41 ans se plaint de surdité et de faiblesse générale depuis Noël 1906. A l'examen, on constate une otite moyenne chronique bilatérale avec réchauffement à gauche. Une paracentèse à gauche répétée plusieurs fois ne peut pas améliorer l'otite de ce côté, et, comme la sécrétion ne diminue pas et que l'état général du malade est très mauvais, on procède à l'ouverture. La température est de 36°,7. On trouve du pus dans l'antre et dans une grande cellule terminale de la pointe. En opérant dans la profondeur, on tombe sur un abcès périveineux. Le sinus est ouvert jusqu'au golfe. En suivant le sinus vers sa périphérie, on tombe sur une fistule de la paroi sinusale d'où s'écoule du pus crémeux. On ouvre immédiatement le sinus, et on le nettoie d'un thrombus jusqu'à ce qu'une hémorragie mette fin à l'opération.

Il est évident qu'une pareille trouvaille pendant l'opération a dû étonner l'opérateur, d'autant plus que le malade n'a pas présenté de fièvre et que la région mastoïdienne a paru normale avant l'opération.

Cette observation est trop sommairement rapportée dans le texte. Le point essentiel, l'absence de fièvre ne paraît pas avoir été contrôlé pendant les trois jours d'observation avant l'opération (12 au 14 mai 1907) avec toute la rigueur nécessaire. Quant à l'absence des symptômes, des grandes complications endocraniennes, il faut constater qu'on avait mis la faiblesse, l'abatement, les vertiges et les bourdonnements sur le compte de l'artériosclérose. Le malade était atteint d'une surdité nerveuse bilatérale qui paraît sans relation avec son affection septique.

LAUTMANN.

Cas atypique de thrombose du sinus et d'abcès du cervelet, par BOENNINGHAUS (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd. LIV, nos 3 et 4).

Ce qui a rendu atypique ce cas dont les symptômes cliniques étaient bien développés (céphalée, troubles de l'équilibre, réaction pupillaire paresseuse, papillite double, nystagmus) est son siège, qui se trouvait être non pas dans la moitié antérieure du cervelet, mais dans sa partie postérieure. L'abcès a été provoqué par un thrombus sis également dans la partie postérieure du sinus. Quoique recherché pendant l'opération, l'abcès n'a été retrouvé qu'à l'autopsie.

LAUTMANN.

Contribution au traitement des abcès otitiques du cerveau, par ALT (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd. LIV, Heft 2).

Les particularités de ce cas sont les suivantes : l'abcès a apparu deux mois après le début d'une otite moyenne grippale. Le malade était au moment de l'opération tellement comateux que l'opération a pu être exécutée sans narcose. L'abcès, situé dans le lobe temporal, avait la grosseur d'une pomme et contenait au moins 60 centimètres cubes de pus. Il était dû au colibacille. Le malade présentait une paralysie faciale contra-latérale, qui peut-être considérée comme un excellent signe de localisation au lobe temporal. Il n'existait pas de surdité contra-latérale.

LAUTMANN.

Considérations sur deux cas d'abcès du cerveau d'origine otique opérés et guéris, par E.-J. MOURE (*Revue hebdomadaire de laryngol., otol. et rhinol.*, 21 mars 1908 et 13 mars 1908).

Les signes d'infection cérébrale sont presque tous inconstants, et il faut un très petit nombre de symptômes pour établir son diagnostic.

Le trouble le plus fréquent et le plus fréquemment observé est la céphalée unilatérale, persistante et gravative, parfois avec de véritables crises paroxystiques.

L'affaiblissement cérébral est aussi un symptôme important, sorte de torpeur légère et de modification dans la manière d'être du sujet atteint, qui devient triste ou même irascible.

L'amaigrissement, sur lequel Lermoyez a insisté, est un signe dont il faut tenir compte.

D'après Wicart, l'examen du sang non seulement compléterait les renseignements fournis par la clinique, mais il permettrait d'établir le pronostic. Dans l'abcès du cerveau, la formule leucocytaire est celle des processus infectieux peu accusés : 10 à 20 000 leucocytes avec 75 p. 100 de polynucléaires en moyenne. Les infections plus graves, méningites circonscrites et phlébite des sinus et surtout les méningites généralisées, donnent au contraire 35 à 40 000 leucocytes avec 92, 93 p. 100 de polynucléaires. Dans ces derniers cas, à l'opposé des abcès du cerveau, la ponction lombaire est positive.

A côté de ces symptômes les plus fréquemment observés, il y a une série de symptômes parfois rencontrés : vomissements, ralentissement du pouls et de la température, constipation, signe du bandeau (Moure). Les signes de localisation ne se virent guère qu'à la période terminale.

Les collections même importantes, siégeant à droite, sont souvent muettes au point de vue symptomatique ; au contraire, les collections gauches se traduisent assez souvent par des troubles psychiques qui demandent, il est vrai, à être recherchés : ce sont la cécité verbale, l'amnésie et la surdité verbale.

Il est donc difficile d'affirmer l'existence d'une collection de pus dans l'intérieur de l'encéphale. Il est plus facile d'en désigner le siège, car elle est la conséquence d'une vieille suppuration ordinairement unilatérale.

On est en droit de penser à une complication endocranienne quand l'opération de l'évidement n'a pas fait disparaître les symptômes accusés par le malade. Il est alors souvent possible d'éliminer l'existence de l'infection aiguë, méningite ou pyohémie, car sa symptomatologie est assez nette. S'il s'agit d'abcès extradural, le pus s'écoule facilement au dehors, une fois la corticale enlevée. Pour rechercher les abcès encéphaliques, il faut ponctionner puis aspirer, surtout dans les régions qui environnent le toit de la caisse et de l'antre. A l'encontre des auteurs classiques, Moure estime que, si le cerveau bat fortement, d'une manière très ostensible, on peut ponctionner avec sécurité, car il y a du pus.

La présence du pus une fois reconnue, Moure fait une incision des méninges juste suffisante pour permettre l'introduction d'une pince coudée à oreille dont il laisse les mors s'écarter automatiquement jusqu'à ce qu'il ne vienne plus de pus. La cavité est nettoyée avec de la ouate imprégnée d'eau oxygénée étendue. Un tube à drainage est enfoncé de telle façon qu'il ne touche pas le fond de la cavité.

Quatorze abcès ont été ainsi traités par Moure, 2 seulement ont été guéris. Ces 2 cas étaient des abcès du lobe temporal gauche qui ont présenté des troubles de perturbation psychique. Voici le résumé de ces observations.

OBSERVATION I. — Otorrhée gauche réchauffée ; abcès cérébral du lobe temporal gauche. Otorrhée gauche ancienne. Depuis deux mois, céphalée violente et continue avec diminution de l'écoulement auriculaire. Perte de l'appétit. Constipation intense. Irritabilité excessive, anxiété. Pas de fièvre. Liquide céphalo-rachidien normal. Puis subitement le malade présente des vomissements violents. Il ne reconnaît plus personne et prononce des mots incohérents. Abolition complète des réflexes rotuliens, du réflexe cornéen avec pupille gauche légèrement dilatée et qui n'obéit plus à la lumière ; un peu de Kernig. Rien au fond de l'œil.

La compréhension est très limitée, et les opérations cérébrales sont ralenties : il a une grande hésitation à répondre et une fatigue apparente causée par l'examen.

Cure radicale. Après cette intervention, excitation cérébrale, signe du bandeau. Accentuation des troubles psychiques, il est triste et pleure, ne s'intéresse à rien et fait des réponses invraisemblables. Paraphasie littéraire et amnésique ; aphasie amnésique, jargonophasie.

Seconde intervention : ouverture et drainage d'un abcès temporal gauche. Pendant près de deux mois, persistance des troubles psychiques, qui sont très minutieusement décrits au cours de cette observation. Puis, au bout de trois mois, le malade apprend et retient des choses qu'il ignorait, et les troubles psychiques disparaissent. Guérison maintenue six mois plus tard.

OBSERVATION II. — Otorrhée ancienne gauche, profuse et fétide, avec abcès du cerveau (lobe temporal gauche). Otorrhée datant de l'enfance. Pendant un an, douleurs de tête et céphalée violentes qui alternent avec l'écoulement du pus. Puis tristesse, abattement, vomissements.

Cure radicale. Méninges à nu au niveau du toit, et il sort une

goutte de pus. Ponction et opération avec la seringue de Luër : pus dans le lobe temporal. Drainage.

La malade comprend les questions, mais a de la peine à y répondre ; elle a de la difficulté et de l'impossibilité à prononcer et surtout à trouver les mots qu'elle voulait employer. Pas de paraphasie littéraire ni verbale, mais un degré d'aphasie amnésique : on lui montre un porte-monnaie ; pour elle, c'est un porte-plume, puis un porte-sou, et, si on lui dit le nom, elle manifeste de la satisfaction. Guérison.

A. HAUTANT.

Contribution à la genèse et au traitement de la pyémie otique,
par KRAMM (*Zeitschr. für. Ohrenheilk.*, Bd. LIV, Heft 2).

La pyémie otique se laisse différencier au point de vue pratique au moins en deux groupes. Dans le premier groupe, nous avons affaire à une ostéophlébite. La résection de l'os malade met généralement fin à l'infection et, dans ces cas exceptionnels, le malade guérit. Dans le deuxième groupe, il s'agit de thrombose du sinus. Le traitement suppose la découverte du sinus malade. Dans l'article qui nous occupe, Kramm examine la thrombose du sinus au-dessus du toit du tympan et de l'antre. Kramm croit que cette région est souvent négligée, surtout quand le toit du tympan et de l'antre paraît normal.

Il est d'avis d'enlever systématiquement cette paroi quand, dans un cas de pyémie otique, la paroi postérieure de la mastoïde et le sinus découvert paraissent normaux. Quelquefois il n'existe aucun signe d'abcès extradural sur le tegmen.

Le tegmen peut paraître normal. On ne trouve pas de trace de pus ; cliniquement les signes de la compression du cerveau manquent ; pourtant, à l'ouverture systématique, on tombera sur l'abcès intradural. Cet article a été inspiré par un cas observé à la clinique de Passow.

Un domestique de 22 ans, atteint d'otorrhée depuis trois ans, a dû être opéré pour des symptômes de pyémie otique. Dans l'antre et dans la caisse, du pus, des granulations. Marteau et enclume manquent. Le tegmen de la caisse et de l'antre paraît normal. Le sinus paraît normal, contenant du sang liquide. La pyémie continuant, on a fait une semaine plus tard la ligature de la veine jugulaire. Le malade est mort cinq jours plus tard, avec phénomènes de pyémie. A l'autopsie, on trouve le tegmen de la caisse et de l'antre normal. Entre le tegmen et la dure-mère se trouve un abcès plat, s'étendant jusqu'au bord supérieur du

rocher. La dure-mère est de couleur sale et couvrant un gros abcès du lobe temporal. De plus thrombus du sinus pétreux supérieur et un autre dans la veine jugulaire. Le golfe de la veine jugulaire libre.

LAUTMANN.

Complications cranio-cérébrales otiques, par VIGNARD et LARGUSU (*Archiv. intern. de laryng.*, n° 6, 1907).

Après avoir relaté une série d'observations de complications cranio-cérébrales survenues chez les enfants et chez l'adulte, les auteurs se sont proposé d'exposer sommairement quelques réflexions cliniques et opératoires.

Pour la prophylaxie des accidents cranio-cérébraux, il est utile d'opérer les mastoïdites d'une façon précoce et surtout très large. Dans le cas de complications sûres ou très probables, il faut franchir d'un coup les deux étapes mastoïdienne et dure-mérienne, car, avec des pansements minutieux et aseptiques, la dure-mère forme une barrière presque infranchissable pour la suppuration ; l'expérience a montré l'innocuité d'une pareille conduite. Dans une deuxième étape, on abordera l'espace sous-arachnoïdien, le cerveau et le cervelet avec beaucoup de prudence, car l'infection est fréquente, malgré les précautions d'asepsie les plus minutieuses.

Pour franchir en un seul temps opératoire toutes les étapes, il faut un cas particulièrement grave et d'urgence absolue, quand on ne trouve pas du côté de la dure-mère et du sinus des lésions suffisantes pour justifier les symptômes alarmants. M. GRIVOT.

La valeur du résultat négatif de l'examen bactériologique du sang du sinus pour le diagnostic différentiel entre une thrombose sinusale otitique et les autres maladies, avec haute fièvre, mais pas autrement caractérisées, par FRANÇOIS NUERNBERG (*Münchn. mediz. Wochenschr.*, n° 51, 1907).

A ce long titre pourrait correspondre une analyse très courte, disant que, si, dans le sang, ponctionné près ou dans le sinus, il n'existe pas de streptocoques, le sinus n'est pas thrombosé. Mais, comme l'article est visiblement inspiré par Leutert et qu'il abonde en hypothèses originales, il mérite d'être suivi pas à pas.

Le diagnostic de la thrombose du sinus, au début au moins, repose aujourd'hui pour la plus grande partie sur la fièvre. D'après Leutert, toute température dépassant 39°, se montrant au cours d'une otopathie, doit être considérée comme symptôme d'une affection du sinus, quand la période aiguë de l'inflammation de la

caisse est passée et qu'il n'y a ni rétention de pus, ni méningite.

Un thrombus peut exister dans le sinus sans provoquer cette haute fièvre quand le thrombus séparé du reste de la circulation par des masses encore non infectées ne déverse pas suffisamment de toxines dans le courant sanguin pour entraîner la fièvre. Dans ce cas, le diagnostic peut être assuré par l'examen du sang sinusal, soit qu'on retire du pus, soit qu'on trouve des streptocoques dans le sang aspiré. Mais comment diagnostiquer s'il s'agit de thrombose du sinus ou de toute autre maladie quand, au cours d'une otopathie, la fièvre atteint 39°. Pour trancher cette question, Leutert a eu l'idée d'examiner le sang d'une autre veine loin du sinus, la veine cubitale. Si le sang pris près du sinus contient beaucoup de cultures, tandis que le sang cubital en contient peu ou pas, il est évident qu'il existe un foyer d'infection dans le sinus. En effet, dans 4 cas de thrombose du sinus, Leutert a trouvé que le sang sinusal avait des streptocoques en culture pure, tandis que le sang cubital s'est montré stérile.

Théoriquement, la question se pose de savoir si, pendant la période préthrombotique, l'examen du sang sinusal donne un résultat positif au point de vue des microbes. Il est probable qu'à cette période l'examen restera négatif, le sang ayant gardé son pouvoir bactéricide. Un seul cas examiné à ce point de vue semble confirmer cette vue théorique. Cette restriction admise, on pourra donc tirer la conclusion suivante : dans les cas douteux, il faut, quand le sang sinusal se montre stérile, songer plutôt à une autre maladie qu'à une thrombose du sinus. Le cas suivant que nous reproduisons très succinctement seulement a été le point de départ de ce travail.

Femme de 30 ans, enceinte, examinée pour la première fois le 22 juillet 1907. On pose le diagnostic de mastoidite chronique gauche avec cholestéatome et abcès du lobe temporal à gauche. Opération le 23 juillet et le 26 juillet consistant en évidemment pétro-mastoidien et ponction de l'abcès.

Le 27 juillet, l'opérée accouche à terme.

Du 28 juillet au 2 août, à part un peu d'amnésie aphasique, bon état général sans fièvre. Le soir du 2 août, la température est de 38° 9 ; la malade se plaint de douleurs dans la joue gauche. Pas d'autres symptômes. Tout état puerpéral pouvait être exclu. Aucun signe de méningite. S'agissait-il donc d'une thrombose du sinus ?

Le 6 août, on voit que les bords de la plaie opératoire sont enflammés et légèrement tuméfiés. Le sinus est légèrement découvert ; on le ponctionne en même temps qu'on aspire un peu de sang de la veine médiane.

Le 7 août, la température est toujours à 39°. L'examen bactériologique montre que le sang du sinus et le sang de la veine cubitale sont stériles.

Le 8 août, malgré le résultat négatif de l'examen bactériologique, on se propose d'ouvrir le lendemain le sinus après ligature de la jugulaire, quand enfin, le matin du septième jour de fièvre, un érysipèle devient manifeste, donnant l'explication de cette haute fièvre. C'est grâce à l'examen bactériologique qu'on a osé différer, dans ce cas, l'ouverture du sinus qui, comme l'a montré la suite, était inutile.

Ces recherches bactériologiques sont très intéressantes, mais doivent être répétées sur un plus grand nombre de malades que ne l'offre la clientèle d'un seul opérateur.

LAUTMANN.

L'ouverture opératoire du golfe de la veine jugulaire, par JULES TANDLER (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 42, 1907).

Leçon de chirurgie opératoire impossible à résumer. Le procédé de Tandler diffère de celui de Grünert par plusieurs points. Tandler se propose de ménager et le nerf facial et le nerf accessoire, qui, dans la méthode de Grünert, sont très exposés. Tandler cherche son accès vers le trou stylo-mastoidien, latéralement et par-devant, tandis que Grünert s'approche par derrière, travaillant certainement dans des conditions moins favorables. De même Grünert n'a pas tenu assez de compte de ce que le nerf accessoire passe tantôt devant, tantôt derrière la veine jugulaire, et d'après Tandler, la première éventualité est deux fois aussi grande que la dernière. Grünert ne tient compte que de cette dernière localisation du nerf. Si le nerf passe au-devant de la veine jugulaire, et si on ne fait pas spécialement attention à lui, on peut le léser facilement dans le procédé de Grünert, soit en préparant la veine, soit au moment de sa section. En effet, l'accessoire paraît avoir été lésé plusieurs fois pendant l'opération sans que cette lésion ait été toujours reconnue, car la section de l'accessoire n'entraîne pas toujours une paralysie complète des muscles innervés par lui, grâce aux anastomoses de l'accessoire, une fois avec le troisième cervical qui n'est pas constante, une fois avec les quatrième et cinquième cervicaux qui n'est pas constante non plus. Comme on ne connaît pas ces anastomoses, on ne peut rien dire de ce qui adviendra d'une section de l'accessoire. Deux figures dans le texte.

LAUTMANN.

Les abcès migrateurs otiques et les inflammations sous-occipitales, par ENGELHARDT (*Zeitschr. für. Ohrenheilk.*, Bd. LIV, n° 2).

Les difficultés qu'on rencontre quelquefois dans le diagnostic des complications des otites suppurées expliquent pourquoi les auteurs reviennent souvent sur cette question. Le travail de Engelhardt nous apporte, avec une revue d'ensemble de la question, trois cas qui montrent comment un abcès rétro-pharyngé, une carie de l'articulation atloïdo-occipitale peuvent donner le change avec une complication auriculaire.

Nous insistons surtout sur l'inflammation de l'articulation atloïdo-occipitale ou le mal sous-occipital, qui au début se manifeste par les symptômes suivants : *a.* troubles oculaires, nystagmus, inégalité pupillaire, battements des paupières ; *b.* accès de vertige et céphalée ; *c.* douleur intense dans la région des deux apophyses mastoïdes, dans les oreilles, dans les dents et dans l'occiput. Ces symptômes peuvent exister seuls longtemps avant que ne paraisse le symptôme capital : la fixation de la tête. Bergmann, qui a donné le premier une description magistrale de ce mal sous-occipital dans une de ses leçons cliniques, mentionne particulièrement la confusion possible avec une otopathie. Il cite le cas d'un homme de 39 ans auquel on a fait plusieurs paracentèses jusqu'à ce que l'infiltration de la nuque ait mis sur la bonne voie.

Ce processus chronique peut amener une obstruction du conduit par otite externe avec sécrétion suppurée. Quelquefois on peut assister à l'éclosion d'une véritable otite suppurée, qui, comme dans un cas rapporté par Grünwald, est occasionnée par l'irruption du pus dans la caisse. Engelhardt dit que, malgré les difficultés possibles, le diagnostic différentiel pourra être fait presque dans tous les cas. La longue liste des erreurs commises permettra de douter de cette affirmation, surtout si l'on songe que les affections des sinus périmasaux commencent seulement à être connues.

LAUTMANN.

Deux cas d'abcès otique du lobe temporal gauche, par BOLEWSKI (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, Bd. XLII, n° 1).

Les deux observations appartiennent à la clinique courante et concernent des abcès du lobe temporal développés à la suite d'otorrhée chronique. Le premier cas a duré dix-huit jours à l'ouverture de la collection suppurée. A l'autopsie, on a trouvé une thrombo-phlébite, une quantité de foyers encéphaliques de la grandeur d'une lentille dans la substance blanche du cerveau gauche.

Comme seule particularité de ce cas, il faut noter l'existence d'un herpès labial, qui, fréquent dans la leptoméningite otitique, est rare dans l'encéphalite et la thrombo-phlébite.

Le deuxième cas opéré par l'auteur s'est terminé par la guérison. Le malade a présenté les troubles habituels de la parole : surdité psychique, aphasie amnésique, paraphasie. Tous ces troubles ont disparu.

LAUTMANN.

Abcès du lobe temporo-sphénoïdal et méningite otitique, par le professeur DE STELLA (*Arch. intern. laryngol.*, 1907, n° 2).

Cas intéressant où la méningite purulente coexistait avec un abcès du cerveau chez un homme atteint d'otorrhée chronique; la ponction lombaire, ayant été positive, fit pencher la balance pour la méningite et fit perdre de vue l'existence de l'abcès.

Ces signes bruyants de méningite s'étaient amendés après le drainage de la cavité arachnoïdienne. L'auteur insiste pour conseiller les ponctions exploratrices du lobe temporo-sphénoïdal lorsque les signes de méningite coexistent avec ceux des abcès.

M. GRIVOT.

Un cas de syndrome de Gradenigo, par RAMON CASTANEDA (*Boletín de laryngología, otología*, Madrid, avril 1908).

Un marin, 26 ans, se présente à la consultation de Castaneda, avec de violentes douleurs d'oreille et un malaise général. A l'examen, on constate tous les signes d'une otite aiguë, avec perforation insuffisante du tympan, rétention d'un pus épais et douleur à la pression à la pointe de la mastoïde.

Séance tenante, Castaneda pratique une large paracentèse, instille de la glycérine phéniquée, draine à la gaze iodoformée et prescrit chaleur humide et purgatif.

Trois jours plus tard, apparaît une tuméfaction derrière l'oreille. Les douleurs persistent. Nouvelle paracentèse, suivie de très près par une trépanation de l'apophyse.

Suites opératoires normales; quatre semaines environ après, la brèche opératoire est presque réparée, et le malade est autorisé à retourner dans son village, où le médecin de l'endroit fera les pansements jusqu'à complète guérison.

Un mois et demi après son départ, l'opéré se représente avec une nouvelle infection de la mastoïde, qui est rouge et tuméfiée en arrière. Il existe un trajet fistuleux en arrière et en dedans, trajet qui a 3 centimètres de profondeur. D'après le malade, le

médecin n'aurait fait que deux ou trois pansements; tous les autres auraient été faits chez lui, avec une aiguille à tricoter.

Nouvelle et large trépanation de l'apophyse; en suivant le trajet fistuleux, on arrive d'un côté à un cul-de-sac bourré de fongosités avec une mare de pus et en arrière à un véritable abcès périsinusien. Le sinus lui-même est entouré de fongosités, et, en curettant l'une d'elles, on ouvre ce sinus dont le sang inonde aussitôt le champ opératoire; la dure-mère est à nu. Tamponnement compressif.

Les jours suivants, l'état général est satisfaisant, température 37°,5 et pouls de 76 à 80. Le pansement est changé, mais il faut de nouveau tamponner à cause de l'hémorragie.

Trois jours après, nouveau pansement. L'opéré commence à se plaindre d'une douleur pariétale droite. La brèche est en bon état; le sinus a bonne couleur sans induration et légèrement pulsatile. La dure-mère est légèrement rouge et bombe un peu.

Passent deux jours. — Céphalalgie pariétale droite plus forte. — Abattement général. Température, 37°,6 le matin, 38°,5 le soir. Pouls 130. Aspect général de la plaie chirurgicale: bon en apparence.

Douze jours après la seconde intervention, aux symptômes précédents vient s'ajouter un strabisme convergent; le malade se plaint de ne pas y voir bien. Examen ophtalmologique: « Stase papillaire double avec foyers hémorragiques, turgescence des vaisseaux et petites hémorragies. En plus de double névrite, paralysie accentuée du droit externe. Les symptômes de compression sont plus manifestes à droite.

En raison de cet état, et à travers la brèche ouverte, l'auteur avec un bistouri étroit ponctionne la dure-mère dans trois directions, en avant, au milieu et en arrière. Il va jusqu'à 2 centimètres en profondeur sans donner issue à une goutte de pus.

Déjà l'apparition d'une paralysie de l'abducteur et des douleurs temporo-pariétales, chez un malade trépané pour une otite, avaient éveillé l'idée du syndrome de Gradenigo. L'absence d'un foyer méningé immédiat venait fortement étayer cette opinion.

Cependant, malgré cette seconde intervention, ni la paralysie, ni les douleurs ne s'atténuèrent, ce qui amena l'auteur à pratiquer, autant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue diagnostique, une ponction lombaire, avec évacuation de 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

L'examen clinique de ce liquide, qui s'était écoulé d'abord avec hypertension et ensuite goutte à goutte, démontra la présence de rarissimes hématies et l'absence complète de polynucléaires.

La décompression produite par la ponction parut immédiatement donner de bons résultats; dès le lendemain, le malade se déclarait soulagé et, quinze jours plus tard, sans nouvelle intervention, la céphalalgie avait presque disparu: il pouvait dormir, et la paralysie avait cédé en grande partie, puisque, la tête demeurant immobile, le malade pouvait suivre de l'œil les mouvements d'un doigt.

A partir de ce moment, la marche redevenit normale, et quelques semaines après il quittait l'hôpital guéri de son strabisme, guéri de ses douleurs et la plaie cicatrisée.

RÉFLEXIONS. — En présence de cette observation, quelle aurait pu en être l'interprétation? S'agissait-il d'abcès épidural? de leptoméningite, de méningite séreuse, de phlébite des sinus intracrâniens, ou d'abcès du cervelet? La symptomatologie ne permettait pas de le croire. — D'abcès du cerveau? Plutôt; mais l'absence de pouls ralenti, l'absence de vertiges et de troubles digestifs écartaient cette opinion. — Seule l'hypothèse du syndrome de Gradenigo ne laissait aucun doute.

Ce qui n'était pas davantage douteux, c'est que ce syndrome avait été consécutif à l'ouverture du sinus latéral dans un milieu rendu septique par la présence d'un abcès périsinusien; c'était d'ailleurs conforme à la règle.

Remarquons que la symptomatologie s'est bornée à des signes d'hypertension crânienne et d'irritation méningée qui se sont traduits par de la céphalalgie temporo-pariétale et de la stase papillaire avec foyers hémorragiques.

L'explication la plus admissible de la paralysie de l'abducteur, dans ces cas, est la propagation de l'infection par abcès périsinusien à l'extrémité de la pyramide et au nerf abducteur, soit au point où le nerf abandonne son canal ostéo-fibreux, soit dans l'intérieur de ce même canal.

Mossé.

Troubles oculo-moteurs d'origine otique (*Association française de chir.*, 5-10 oct. 1908), par RAUGÉ (de Challes).

Parmi les troubles oculo-moteurs survenant au cours des otites, on a signalé ces derniers temps une forme de paralysie qui se présente, dans toutes les observations publiées, avec une très grande uniformité d'aspect.

Chez un malade ayant de l'otorrhée, chronique et plus souvent aiguë, on voit brusquement apparaître du strabisme interne, de la diplopie homonyme, en un mot les signes classiques de la paralysie du droit externe.

Malgré le caractère inquiétant qu'il est traditionnellement d'usage d'attribuer à ces symptômes, on les voit le plus souvent, dans ce cas, s'atténuer et disparaître sans nécessiter aucun traitement chirurgical, sans même attendre la guérison de l'otite qui les a produits.

C'est cet ensemble symptomatique qu'on a récemment systématisé sous le nom de « syndrome de Gradenigo ».

Les deux traits caractéristiques de cette forme de paralysie, c'est d'abord sa prédilection singulière pour le moteur oculaire externe, et, d'autre part, sa tendance à la guérison spontanée sans être accompagnée ou suivie des accidents méningés ou cérébraux dont elle paraissait l'avant-coureur.

Cette constance de localisation et cette bénignité imprévue ne sont pas encore expliquées malgré le nombre des théories proposées. Il paraît donc avantageux de réunir tous les faits d'observation capables d'apporter quelque clarté dans ce double problème pathogénique. C'est dans ce but que Raugé rapporte et analyse quelques nouveaux exemples qu'il a pu récemment observer, de « paralysie bénigne du droit externe » provoquée par une suppuration de l'oreille.

Paralysie isolée du moteur oculaire externe, par HÉDON (*Archiv. inter. laryngol.*, n° 2, 1908).

Le malade qui est le sujet de cette observation présentait une double otite grippale ayant entraîné la trépanation mastoïdienne à gauche un mois et demi après le début de l'otite et à droite dix jours après la première, et même l'évidement de ce même côté douze jours après. La paralysie du moteur oculaire externe se déclara deux mois et demi après le début de l'affection et sept jours après l'évidement et demanda environ un mois et demi pour disparaître.

La douleur temporale apparut après la trépanation et ne disparut pas après la radicale : l'auteur l'attribue à une névralgie du trijumeau et notamment de la branche ophtalmique, ce qui explique le larmoiement et la congestion de la conjonctive, symptômes fugitifs qui précédèrent la paralysie de la sixième paire.

M. GRIVOT.

Paralysie faciale d'origine otique, guérie sans intervention, par ERNESTO BOTELLA (*Boletín de Laringología*, Madrid, février 1908).

Un homme de 45 ans, ayant eu jadis une histoire mal définie du côté de l'oreille, est pris un jour, sans cause précise, de surdité de

l'oreille gauche, de douleurs à l'empêcher de dormir et de malaise.

Huit jours plus tard, il s'aperçoit un matin qu'il ne peut fermer l'œil gauche, et autour de lui on constate qu'il a la bouche déviée à droite.

A l'examen fait quelques instants plus tard, Botella reconnaît une paralysie faciale gauche. Du côté de l'oreille, il trouve dans le conduit auditif externe un bouchon de cérumen qu'il enlève, et audessous un tympan intact, un peu rouge du côté du marteau.

En outre, petite perforation de la membrane de Shrapnell; on la découvre difficilement, car elle est obturée par des squames blanches. L'exploration de l'attique au stylet coudé confirme la présence du cholestéatome soupçonné au premier abord.

Traitement. Bains d'eau oxygénée.

Le lendemain, les douleurs se sont calmées, mais la paralysie faciale ne s'est pas atténuée; un lavage de l'attique à la canule de Hartmann, à travers la perforation, ramène des squames en petits grumeaux.

Nouvelle instillation d'eau oxygénée et nouveau lavage le jour suivant. Les douleurs disparaissent complètement, et la paralysie s'efface presque: un troisième lavage en a définitivement raison, car la déviation de la bouche disparaît, l'œil se ferme parfaitement. Une très légère asymétrie persiste encore, mais quelques jours seulement.

Au stylet coudé, on trouve l'attique dénudé.

Ce cas démontre que la paralysie faciale au cours des otorrhées chroniques est un accident banal qui n'exige pas une intervention opératoire immédiate. Nombreux sont les cas où on pourra tenter avec grandes chances de succès la guérison par les voies naturelles et où on l'obtiendra soit avec un petit curetage, soit avec un simple lavage.

Mossé.

Affection de l'appareil auditif consécutive à une parotidite chez un adulte, par le professeur HAUG (*Arch. inter. laryngol.*, n° 3, 1907).

L'auteur publie ce cas de parotidite compliquée de surdité ayant évolué chez une personne adulte, ce qui est moins fréquent. Des injections de pilocarpine furent suivies d'une amélioration sensible; c'est donc un des rares cas où la pilocarpine a agi favorablement.

M. GRIVOT.

Sur la surdité consécutive à l'ostéomyélite et à la septico-pyémie en général, par SIEBENMANN (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd. LIV, fasc. 4).

L'ostéomyélite aiguë comme cause de la surdité nous est connue par 4 cas seulement (Steinbrugge, Bezold, Wagenhäuser, Castex). A ces 4 communications casuistiques, Siebenmann ajoute encore 3 nouveaux cas observés par lui, longtemps après le début de l'otopathie.

OBSERVATION I. — Une femme fait en mai 1897 une ostéomyélite dans le fémur gauche. Recrudescence au printemps 1898. Le 26 avril 1898, avec un état général bon, une audition jusque-là parfaite, sans qu'une opération ait précédé, la malade devient sourde des deux côtés en l'espace de quatre heures.

Pas de troubles de la conscience, ni vertige, ni vomissements, ni bourdonnements d'oreilles, ni douleurs, ni paralysie. Quelques mois plus tard, légère amélioration à gauche. Le 14 octobre 1903, l'oreille droite est tout à fait sourde pour la voix haute, pour les diapasons, pour le sifflet. A gauche, l'oreille entend à partir de a^1 tous les sons du diapason, et le Galton jusqu'à 10,8. Nystagmus normal à la rotation. Le vertige est plus prononcé quand le malade se tourne à gauche.

OBSERVATION II. — Un homme fait en janvier 1901 une septico-pyémie à staphylocoques. En mai 1901, après plusieurs attaques de bruits subjectifs, surdité à gauche augmentant, accompagnée de sensation d'angoisse et devenant totale, avec la brusquerie d'un coup de pistolet. Longue suppuration avec plusieurs foyers ostéomyéliques et plusieurs opérations les années suivantes. En décembre 1905, l'oreille droite, jusqu'ici très fine, devient sourde après apparition de bruits subjectifs. En même temps sensation de vertige, démarche incertaine. Ces sensations subjectives diminuent dans la suite. Le 2 janvier 1906, la voix chuchotée est entendue à droite à 1 centimètre et s'améliore à 5 centimètres après un cathétérisme. Le Weber à droite, Rinne + à droite, limite inférieure E^2 , à gauche surdité totale (examen du Dr Hug, Lucerne).

État au 1^{er} décembre 1906 : à droite, dans le tympan après nettoyage, une perforation sécrétant abondamment du mucus. Pas de bruit, de perforation. La voix haute des deux côtés à 0. Diapason a^1 vertex non entendu. A gauche, surdité complète et absolue; à droite, limite supérieure = a^6 (Galton-Edelmann, 4,5); limite inférieure = a . Quelques sons criés dans l'oreille sont bien répétés. En

regardant à droite, nystagmus horizontal et rotatoire. Ce nystagmus devient très prononcé à l'injection d'eau froide dans l'oreille gauche, tandis que l'injection d'eau chaude (44°) n'amène aucun changement. A droite, le nystagmus calorique manque. A la rotation, pas de vertige, nystagmus physiologique.

A la suite du traitement de floscolle moyenne à droite, grande amélioration. La voix chuchotée est à 3 centimètres. Le vertige a disparu. Diapason *a*¹ vertex +. Limite inférieure descendue à A¹. Limite supérieure, Galton-Edelmann 6,5. Nystagmus spontané disparu. Réaction mécanique et calorique de l'appareil vestibulaire comme celle du 1^{er} décembre. L'oreille gauche reste sourde.

OBSERVATION III. — Un ouvrier tombe malade de septico-pyémie en novembre 1900. En mars 1901, bourdonnements dans les deux oreilles. En mai, les bruits subjectifs deviennent très intenses. En même temps, paraissent vertige et vomissements. Dix jours après le début de ces symptômes, surdité complète. Troubles visuels à ce moment. Les phénomènes subjectifs diminuent vers décembre 1901. État au 27 janvier 1902 : choroidite exsudative, surdité absolue pour gamme continue, sifflet, bruits, etc. Réactions de l'appareil vestibulaire éteintes.

Un résumé des observations jusqu'à présent publiées permet la description suivante de l'otite après ostéomyélite. Il s'agit naturellement d'individus n'ayant pas encore terminé la croissance, l'ostéomyélite ne se montrant pas plus tard. L'ostéomyélite a toujours été de longue durée, frappant généralement les os longs. En somme, pas de caractère spécial pour la maladie fondamentale. Quant à l'appareil auditif, il est remarquable que la surdité a été, dans les 7 cas, bilatérale.

Les premiers symptômes de la surdité se sont montrés dans 2 cas dans les premières semaines de la suppuration osseuse. Dans 3 cas, l'otite a paru un an après l'ostéite. Le malade de Castex est devenu sourd au moment où il entraînait en convalescence, trois ans après le début de sa maladie. Une véritable cause pour la surdité n'a pu être trouvée dans aucun cas. Wagenhäuser et Bezold ont vu la surdité venir après intervention sous narcose. La marche de la surdité est rapide : quelques heures ont suffi, dans les 3 cas de Siebenmann. Dans 2 cas, la surdité a eu une marche progressive (deux ans et cinq ans). Le résultat terminal a été une surdité bilatérale totale, dans 4 cas ; dans 3 cas, l'une des oreilles a conservé quelque pouvoir auditif. Les malades de Bezold et Castex, frappés dans leur septième année, sont devenus sourds-muets, et, à ce pro-

pos, il faudra à l'avenir se demander si l'ostéomyélite ne peut pas être considérée comme un facteur étiologique dans la surdi-mutité. Les bruits subjectifs ne sont pas toujours signalés. Le vertige a été observé seulement avec les bourdonnements; il paraît après eux et disparaît avant eux. Ces phénomènes subjectifs, de même que l'examen de l'appareil statique, n'ont pas été mentionnés dans toutes les observations. Autant que les observations détaillées permettent de conclure, il faut admettre que la surdité est due à une affection de l'oreille interne; l'affection de l'oreille moyenne est signalée dans l'observation de Siebenmann, mais peut être considérée comme épiphénomène.

Quant au siège anatomique de la lésion, nous savons que les maladies infectieuses frappent ou le nerf ou le labyrinthe muqueux. Malgré l'absence de toute autre névrite consécutive à l'ostéomyélite, on pourrait s'arrêter à l'idée d'une névrite post-infectieuse de l'acoustique.

Contre cette hypothèse plaide l'observation courante, qui montre que les névrites après ostéomyélite sont ou exceptionnelles ou inconnues. Accepter le labyrinthe comme siège de la lésion concorde avec les résultats d'autopsie d'un cas rapporté par Steinbrugge (il est vrai que ce cas n'est pas indiscutable) et aussi avec la tendance qu'a l'ostéomyélite de faire des métastases, et avec les expériences des oculistes qui connaissent bien des panophtalmies même bilatérales après septico-pyémie, mais pas de névrite optique. Nous serons donc autorisés à admettre qu'il s'agit d'une lésion du labyrinthe plutôt que de l'acoustique. Ainsi s'explique aussi que les deux parties de l'oreille interne soient également frappées.

LAUTMANN.

Labyrinthite circonscrite chronique. Évidement pétro-mastoidien. Curettage du canal semi-circulaire externe. Guérison, par KAUFMANN (*Revue hebd. de laryngol., otol. et rhinol.*, 4^{er} fév. 1908).

OBSERVATION. — Otorrhée droite datant de l'enfance. Surdité complète de ce côté. Quinze jours auparavant, vertige : la malade se sent attirée impérieusement à gauche; nausées et vomissements; nystagmus horizontal gauche. En réalité, la malade avait depuis longtemps des vertiges passagers.

Évidement pétro-mastoidien. Mastoïde quasi éburnée. Débris cholestéatomateux dans la caisse. Antre petit et bourré de masses cholestéatomateuses, cellules rétro-faciales pleines de pus. Au niveau de la saillie du canal externe, il y a une petite fongosité que

l'on enlève avec une fine curette. Immédiatement il sort une petite gouttelette de pus. Le stylet s'y enfonce en arrière et en avant. La curette nettoie cette fistule.

Pas de vomissements immédiats; donc, dit l'auteur, il est probable que le canal membraneux était sclérosé. Vertige, nystagmus et nausées disparaissent dès le premier jour de l'opération.

Huit jours plus tard, parésie faciale : il y avait eu des secousses faciales en curetant les cellules sous-pyramidales, et on avait tamponné avec de la gaze iodoformée.

Guérison trois mois plus tard.

A. HAUTANT.

Élimination d'un séquestre labyrinthique à la suite d'une cautérisation de la caisse du tympan, par le professeur BEZOLD (*Archiv. inter. laryngol.*, n° 4, 1907).

La statistique personnelle de l'auteur, qui embrasse vingt et une années, porte sur 14 cas de nécrose du labyrinthe répartis sur un total de 42000 sujets présentant une affection auriculaire; les suppurations aiguës et chroniques étant notées dans une proportion de 23 p. 100, on observe un cas sur 700 suppurations.

Le séquestre dont il s'agit correspondait à la paroi labyrinthique, ses limites étant celles de la partie du promontoire que l'on observe par l'examen otoscopique, le tympan étant détruit, le bord supérieur correspondant au contour inférieur de la fenêtre ovale.

Une cautérisation de la caisse semble avoir été la cause de cette séquestration.

L'épreuve de Lucæ-Dennert montrait que la parole de la conversation ordinaire n'était pas mieux perçue, l'oreille malade n'étant ouverte que lorsque les deux oreilles étaient bouchées.

En utilisant la méthode de Barany, on ne constate aucune réaction du côté de l'oreille privée de labyrinthe. Absence de nystagmus lors d'une rotation dirigée de l'oreille malade vers l'oreille saine et production de nystagmus dans le cas contraire.

M. GRIVOT.

Pathologie de la labyrinthite suppurée consécutive aux lésions de l'oreille moyenne (*Purulent affection of the labyrinth consecutive to disease of the middle ear pathology*), par CLARENCE JOHN BLAME, professeur d'otologie, Harvard University (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, sept. 1907).

Ce travail est une revue de différents travaux parus depuis quelques années sur la question des labyrinthites suppurées.

Après avoir rappelé que l'infection du labyrinthe consécutive à une suppuration de l'oreille moyenne se fait très exceptionnellement par les communications vasculaires (encore discutées) entre l'oreille moyenne et le labyrinthe au travers du promontoire, mais le plus souvent par contiguïté, par propagation au labyrinthe d'une ostéite de sa capsule, l'auteur rappelle les lieux d'élection de pénétration de l'infection (fenêtre ovale, fenêtre ronde, canal demi-circulaire externe, promontoire).

Il décrit l'aspect des lésions en ces différents points et insiste sur le rôle indirect de la mucine de l'écoulement auriculaire qui favorise la pullulation microbienne.

Après une rapide description des lésions endolabyrinthiques (labyrinthite membraneuse circonscrite ou diffuse, suppurée, ou avec prédominance du tissu conjonctivo-vasculaire), il rappelle l'influence bien connue de certaines affections générales dans la production de labyrinthites suppurées et principalement de la nécrose du labyrinthe (scarlatine, rougeole, tuberculose, diabète).

H. CABOCHE.

Traitement des labyrinthites suppurées consécutives aux lésions de l'oreille moyenne (Treatment of purulent affection of the Labyrinth consecutive to disease of the middle ear), par JOHN RICHARDS (M. D., New-York).

Dans ce travail de vingt-cinq pages, l'auteur écarte systématiquement toute recherche bibliographique : il a eu l'occasion d'observer et de traiter 11 cas de lésions labyrinthiques suppurées consécutives à des lésions suppuratives de l'oreille moyenne ; il dit ce qu'il a vu, les réflexions que ces cas lui ont suggérées, et la thérapeutique qu'il préconise dans les différentes variétés de lésions. C'est donc un travail essentiellement original.

De ces 11 cas de labyrinthite suppurée, 4 se produisirent au cours d'une mastoïdite aiguë ou subaiguë, 7 au cours d'une suppuration chronique. Quatre fois la labyrinthite fut une découverte opératoire qui ne faisait prévoir ni les symptômes, ni l'histoire du malade ; trois fois il n'y avait plus de symptômes au moment de l'intervention, quoique toute l'histoire antérieure indiquât une labyrinthite ; quatre fois il y avait des symptômes marqués au moment de l'intervention, et trois fois il y avait coïncidence de thrombose du sinus latéral, dont deux fois accompagnée de thrombose de la jugulaire. L'auteur explique ces thromboses par une infection propagée du labyrinthe lésé par les veinules allant au sinus latéral,

L'auteur a eu trois morts : deux par méningite suppurée et attribuée par l'auteur lui-même à une mauvaise technique (il y a beaucoup à faire encore en chirurgie labyrinthique), un autre de méningite aussi, mais celle-là attribuable nettement à l'infection sinusale concomitante.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions furent les suivantes :

Cinq fois la seule lésion visible fut la disparition de la proéminence normale du canal semi-circulaire. Une fois il y avait une fistule de la fenêtre ovale laissant passer des granulations et s'accompagnant de lésions du vestibule, des canaux semi-circulaires et de la partie inférieure de la première sphère de la cochlée.

Dans un autre cas, la proéminence du canal semi-circulaire externe avait disparu ; la fenêtre ovale était perforée et remplie de granulations ; il y avait une seconde perforation au centre du promontoire donnant issue à des granulations et du pus. Le système des canaux était rempli de granulations, le vestibule et la cochlée remplis de granulations et de pus.

Trois autres cas présentaient la même disparition de la proéminence du canal semi-circulaire externe, la même lésion de la fenêtre ovale avec participation du système des canaux, du vestibule et de la cochlée.

Dans un cas, enfin, il y avait une perforation faite au-dessus du canal semi-circulaire externe, en cette région que l'auteur appelle l'angle solide (*solid angle*). La paroi interne du vestibule était aussi le siège d'une fistule qui communiquait avec un large abcès épidual cérébelleux au voisinage du conduit auditif interne. Le processus suppuratif avait envahi la totalité du labyrinthe et avait détruit une grande partie de la pyramide, dont on dut faire l'ablation.

En somme, l'auteur a pu constater deux catégories de lésions : les unes localisées au canal semi-circulaire externe ; les autres plus ou moins diffuses et comprenant une plus ou moins grande partie du labyrinthe. Toutes les fois que le vestibule a été atteint, toujours ont été atteints aussi, en totalité ou en partie, le système des canaux et la cochlée.

Poser l'indication de l'ouverture du labyrinthe est souvent une chose très difficile. A-t-on le droit d'ouvrir un labyrinthe si, au cours de l'évidement pétro-mastoïdien, on ne rencontre pas de lésions objectives ?

L'auteur conclut formellement à la négative pour la double raison que l'ouverture d'un labyrinthe, dans un milieu septique comme celui de l'oreille moyenne suppurée, est extrêmement

grave et conduit presque fatalement à la méningite suraiguë, et que les symptômes cliniques sont actuellement impuissants à nous éclairer d'une façon nette sur la présence d'une labyrinthite suppurée.

Pour lui, en effet, le vertige, les vomissements, le nystagmus, les troubles de l'équilibre d'origine labyrinthique n'ont rien de caractéristique. Même si l'on peut éliminer une lésion cérébrale ou cérébelleuse et attribuer au labyrinthe les symptômes observés, ils ne prouvent pas qu'il y ait lésion du labyrinthe; ils peuvent signifier seulement trouble de la fonction sous la dépendance de polypes, de cholestéatome, de pus sous pression dans l'oreille moyenne, etc.

Les épreuves de l'audition à l'aide des diapasons ne lui paraissent pas non plus avoir une grande valeur. Les cas sont assez fréquents en clinique où, avec les symptômes précédemment énoncés, existent des épreuves qui, d'après l'interprétation classique, font poser le diagnostic de labyrinthite, où l'opération ne décèle aucune lésion de la capsule labyrinthique, et qui guérissent radicalement sans qu'on ait exploré le labyrinthe. Dans tous les 11 cas, les épreuves à l'aide des diapasons lui ont toujours donné des résultats d'interprétation douteuse.

Il faudrait donner en même temps que cette analyse les seize planches qui accompagnent ce travail, pour bien exposer la technique hardie de l'auteur.

Au point de vue opératoire, il distingue deux classes de labyrinthites : dans une première classe, la lésion est uniquement constituée par une érosion du canal semi-circulaire externe, et la thérapeutique consiste à nettoyer la zone cariée jusqu'à la zone saine; il s'agit en somme de labyrinthite circonscrite.

Nous ne pouvons que résumer les différents temps opératoires.

L'auteur n'emploie pas les fraises, mais de minuscules ciseaux.

Dans un premier temps, on fait un large évidement pétro-mastoïdien. Mise à nu large de l'orifice de la trompe d'Eustache (aux fins d'un bon repérage) par l'abrasion de la portion du cadre tympanal qui le surplombe et l'avulsion du *tegmen tympani*.

Deuxième temps : ouverture des canaux semi-circulaires. On commence par le canal semi-circulaire externe, qu'on attaque à la gouge perpendiculairement au-dessous de son sommet. Il existe un plan de clivage entre le canal de Fallope et le canal et, suivant les cas, on peut être amené à mettre à nu le facial sur sa face supérieure par ablation de son toit, ou même à l'isoler complètement.

Troisième temps : attaque du vestibule par l'angle solide des canaux semi-circulaires; on détruit ce qu'il faut des canaux pour

voir nettement la paroi interne du vestibule. On est amené ainsi à détruire à la gouge la lèvre interne du canal semi-circulaire; on retrouve de nouveau le canal du facial; ce nerf sera quelquefois véritablement disséqué; mais il faudra avoir bien soin de ne jamais exercer de traction sur lui avec des écarteurs.

Quatrième temps : attaque du vestibule par sa partie antéro-inférieure par ablation de la partie postérieure du promontoire et de la paroi externe du vestibule. Une petite gouge de dimension appropriée fait sauter le pont osseux qui sépare la fenêtre ovale de la fenêtre ronde. Deux écueils à éviter : la bulbe de la jugulaire, qui peut remonter assez haut ; et, en face de la paroi attaquée, la paroi interne du vestibule, qui, à cet endroit, est très rapprochée de la paroi externe (on en sera averti par l'apparition du liquide céphalo-rachidien ; tamponner avec un peu de cire stérilisée).

Cinquième temps : ablation du toit du premier tour de spire de la cochlée et du restant de la cochlée s'il le faut. Région très dangereuse : en bas le dôme de la jugulaire, en avant la carotide, dans la profondeur la mince cloison du modiolus ; en haut (quand on attaque la deuxième moitié du premier tour), le coude du facial. Dans un cas, l'auteur perdit un de ses malades par rupture du modiolus et méningite consécutive. Dans cette technique minutieuse, mais difficile, l'auteur peut faire l'exploration de la moitié antérieure de la cavité cochléaire.

Il n'hésite pas d'ailleurs à faire la résection totale de la pyramide rocheuse quand les lésions le commandent. Dans ce cas, il commence par faire l'éventration du labyrinthe en commençant par les canaux puis par la cochlée. Il s'arrange non seulement pour respecter le facial, mais pour lui réserver un support osseux destiné à l'empêcher de tomber vers le plancher de la cavité opératoire. Lorsque l'exentération est terminée, il s'attaque alors à la coque osseuse du labyrinthe, c'est-à-dire de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du rocher, qu'il enlève à la gouge et non à la pince.

Lorsque le nerf facial a été ainsi mis à nu, sa paralysie post-opératoire est inévitable, mais toujours sous l'influence des massages, et, à la longue, le nerf recouvrerait ses fonctions même lorsque la réaction de dégénérescence existe.

Le facial est très vulnérable ; trois lavages avec une solution de sublimé à 4 p. 10000 ont suffi pour le détruire complètement.

Suivent quelques déductions de physio-pathologie labyrinthique, de physiologie et d'anatomie générales très intéressantes que lui

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXV, N° 11, 1909. 42

suggèrent l'examen clinique et l'expérimentation qu'il a pu faire sous chloroforme sur les différentes parties du labyrinthe.

H. CABOCHÉ.

II. — LARYNX.

Pièce prothétique du palais aspirée et arrêtée dans la glotte,
par FOUT DE BOTTER (*Revista Barcelonesa de enfermedades de garganta nariz, oído*, mars 1907).

Une dame de 66 ans a eu, vers la trentième année, une lésion spécifique suivie d'une perforation du voile du palais. Depuis vingt-deux ans, elle porte un appareil prothétique qui lui permet de parler plus facilement. Tout récemment, pendant la nuit, à la suite d'un violent accès de toux, elle fait une profonde inspiration, qu'elle ne peut terminer, car un corps étranger vient de pénétrer dans son larynx : c'est son appareil prothétique palatin. Dès le lendemain, Avelino Martin voit la malade à laquelle on a déjà fait subir de vaines tentatives d'extraction ; le corps étranger est enclavé dans la glotte, dont il rétrécit le calibre, sans l'obstruer complètement ; il est placé en travers, de gauche à droite, et d'avant en arrière, son extrémité supérieure dépassant les cordes vocales de 3 centimètres environ. Après avoir fait tous ses préparatifs pour une laryngotomie intercrico-thyroïdienne possible dans le cas où une manœuvre malencontreuse viendrait à changer la position relativement favorable de l'appareil, Avelino Martin le saisit à l'aide d'une pince laryngienne, et, après quelques efforts de traction, il parvient à le retirer, non sans avoir eu soin de s'assurer avec le doigt que le crochet glissait sur la base de la langue sans s'y enfoncer. Aucune complication post-opératoire. La voix retrouve sa tonalité et son timbre habituels, et la patiente quitta la clinique au bout de vingt-quatre heures.

Mossé.

Six cas de corps étrangers dans les voies respiratoires, par MAURICE HERTZ (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1907).

Aujourd'hui où un corps étranger dans les voies respiratoires éveille de suite l'idée de la bronchoscopie, il est intéressant de rappeler que parfois l'expulsion de ces corps peut être obtenue par des moyens plus simples.

Un enfant de un an a aspiré un petit morceau de verre dont se

servent les bottiers pour gratter le cuir. Le lendemain, l'enfant était dans un état désespéré, et la trachéotomie a dû être faite d'urgence. Comme l'enfant allait mieux, Hertz a exécuté le toucher par la glotte et tombe sur le corps étranger. L'extraction avec la pince échoue. Le lendemain on a repoussé par la plaie de la trachéotomie le corps étranger dans la cavité buccale, où il a été saisi par le doigt. Guérison.

Un enfant de 3 ans aspire des fèves. Dyspnée immédiate. Un vomitif ramène trois fèves, mais l'état de l'enfant ne s'améliore pas, les quintes de toux, surtout dans la nuit, fatiguent l'enfant. Quatre jours plus tard, on voit que le larynx est libre. A l'auscultation, le bruit de la respiration, normal en arrière, est plus faible à droite qu'à gauche, de même la vibration, quelques râles dans la base du poumon. L'enfant se plaint d'une douleur localisée dans la quatrième et la cinquième côte à droite. On laisse l'enfant couché avec pieds surélevés. On comprime le thorax. Plusieurs fois par jour, l'enfant est couché sur le ventre, au bord du lit, en s'appuyant sur le plancher avec les mains. Trois jours plus tard, l'enfant crache dans une quinte de toux une fève. Guérison.

Un enfant de 6 ans aspire un pépin de citrouille. Dyspnée. Un médecin diagnostique une attaque de croup et injecte du sérum. Reçu à l'hôpital, l'enfant montre un larynx absolument normal. On ordonne des inhalations. Dans la nuit, l'enfant expectore dans une quinte de toux un pépin de citrouille. Guérison.

Une enfant de 6 ans est prise de dyspnée pendant qu'elle s'amuse à grignoter des pépins de citrouille. Reçu à l'hôpital, l'enfant se calme. Il est impossible de faire le diagnostic du siège du corps étranger par l'auscultation. Après un séjour d'une semaine, l'enfant commence à devenir inquiète et tousse la nuit. On propose la trachéotomie aux parents, qui la refusent, mais trois jours plus tard les parents ramènent l'enfant en demandant la trachéotomie. Les quintes de toux sont devenues si dangereuses que les parents craignent de perdre l'enfant dans une de ces quintes. Trachéotomie. État stationnaire pendant les six jours suivants. Le septième jour, on irrite la trachée avec une sonde. L'enfant a une violente quinte de toux et expectore un pépin. Guérison.

Garçon de 8 ans aspire une châtaigne. Examiné le lendemain, l'enfant présente de la dyspnée et de la cyanose. Dans la glotte, on voit un corps noir la remplissant totalement. Sans anesthésie, Hertz introduit une pince dans le larynx et réussit à extraire le corps étranger, qui était fortement enclavé.

Le sixième cas concerne une femme de 45 ans, qui a aspiré une

aiguille qui s'est fixée dans le larynx. Très légère anesthésie du larynx à la cocaïne à 40 p. 100. Extraction très facile. Huit heures après l'opération, Hertz est rappelé. La malade est excitée, respiration à 40, 130 pulsations, sécheresse de la gorge, pupille dilatée. L'intoxication par la cocaïne dans ce cas était évidemment due à une idiosyncrasie de la malade. Guérison. LAUTMANN.

Corps étranger de la bronche gauche, par HIRSCHLAND (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 42, 1906).

Il s'agit d'un garçon de 10 ans et demi, auquel Hirschland a retiré, à l'aide du bronchoscope, un morceau de viande de la bronche gauche. L'extraction a réussi facilement, grâce à la méthode de Schrötter, c'est-à-dire position assise, source lumineuse fixée au bout du bronchoscope et anesthésie locale. Quant à cette dernière, elle a été faite dans la trachée avec une solution d'alypine à 20 p. 100. LAUTMANN.

Pignon dans la bronche droite, extrait par simple trachéotomie, par BOTY (*Archivos de rinol., otol.*, Barcelone, juillet 1907).

Un enfant de 5 ans aspire un pignon qu'il avait dans la bouche ; accès de suffocation, qui mettent sa vie en péril ; deux syncopes graves. A l'auscultation, on note diminution du murmure respiratoire, à droite élévation thermique et toux trachéo-bronchique, survenant par accès dont l'enfant sort chaque fois un peu plus déprimé. Petit à petit la tolérance pour le corps étranger s'établit, les accès de suffocation se font plus rares. On peut constater parfois la mobilité de ce corps étranger en faisant tousser le malade : les signes stéthoscopiques passant de droite à gauche.

Les parents ayant repoussé toute intervention, les choses suivirent en l'état jusqu'au jour où le petit malade présenta, à la suite d'une grippe, un foyer pleuro-pneumonique à la base du poumon droit, et où les accès de suffocation devinrent, malgré l'évolution franchement favorable de la pleuro-pneumonie, si fréquents et parfois si intenses que les parents, en présence du danger immédiat, acceptèrent l'opération.

Anesthésie au chloroforme, trachéotomie lente, anesthésie souvent interrompue à cause des crises de suffocation ; position demi-assise pour que le corps étranger ne tombe pas dans le larynx ; section des quatre ou cinq premiers anneaux pour permettre l'introduction facile du tube bronchoscopique déjà préparé ; anesthésie locale de

la trachée à la cocaïne. A ce moment, et après une forte quinte de toux, le pignon s'offre spontanément entre les lèvres de la plaie; immédiatement appréhendé, ce pignon mesure 18 millimètres de large sur 10 millimètres de long; il était resté cinq mois dans la trachée. La plaie est immédiatement suturée; suites opératoires excellentes.

La plus grande partie, ajoute Botey, des corps étrangers pénétrant dans la trachée, surtout s'ils sont lisses et arrondis, restent à cheval sur l'éperon trachéo-bronchique, obstruant tantôt une bronche, tantôt l'autre, mais sans s'enclaver, car ils sont constamment mis en mouvement par le courant d'air respiratoire et par les accès de toux que provoque leur contact avec la glotte. Dans ces cas, les spasmes de la glotte provoqueront des accès de suffocation bien dangereux. Par contre, les corps étrangers, qui, par leurs dimensions ou leur forme, restent enclavés dans une bronche, provoqueront une dyspnée continue, plus ou moins accentuée, suivant le degré d'obstruction, mais pas de suffocation.

D'où l'indication pratique suivante: dans le premier cas, pratiquer la trachéotomie. Le corps étranger s'évacuera spontanément. Dans le second cas (corps étranger enclavé),¹ bronchoscopie supérieure, et, si elle n'est pas suivie de résultat, trachéotomie et bronchoscopie inférieure.

Mossé.

Note sur la technique de la bronchoscopie directe, par HERMANN VON SCHRÖETTER (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1907).

Pour faciliter l'extraction du corps étranger pendant la bronchoscopie, Schrötter a eu l'idée de se servir du tube bronchoscopique, en transformant son bout périphérique en pince. L'idée ne nous paraît pas heureuse. L'instrument lui-même n'est pas encore prêt pour la pratique, comme le dit son inventeur. « Mais, dit Schrötter, il lui a paru désirable de fixer au moins l'idée de ce tube-pince pour inciter d'autres à des constructions analogues. »

LAUTMANN.

Corps étranger de la bronche gauche. Abscès étendu broncho-pulmonaire. Évacuation et expulsion du corps étranger par bronchoscopie, par COMPAIRED (*El siglo medico*, mars 1907).

Un garçon de 7 ans, après avoir aspiré une coque d'amende de pin, est pris d'accès de suffocation, de toux violente et de fièvre, frissons, point de côté, expectoration sanguine purulente, puis rémission de ces symptômes.

Un an plus tard, Compaired voit ce jeune malade, qu'il trouve

dans un état cachectique, teint terreux, respiration haletante, fièvre.

La radiographie ne permet pas de voir le corps étranger, mais seulement une large tache qui occupe tout le côté gauche et qui est due, en apparence, à la présence d'un vaste abcès.

Anesthésie générale au chloroforme. Bronchoscopie directe pénible, car le champ est obscurci, par le pus, qu'on ne parvient à étancher ni avec le porte-coton, ni avec la pompe aspiratrice. On retire approximativement plus de 100 grammes de pus. A un moment donné, la respiration devenant des plus pénible, on retire le tube et on voit que sa lumière est obstruée par le corps étranger. Guérison rapide. Mossé.

Corps étrangers de l'œsophage et des voies respiratoires, par RIVERA (*Cronica de Especialidades medicas*, avril 1907).

L'auteur a recueilli 14 observations de corps étrangers de l'œsophage et des voies respiratoires. Les cas suivants nous paraissent mériter une mention spéciale :

I. Sangsue fixée depuis vingt-deux jours sur les premiers anneaux de la trachée d'une femme. Enrouement, toux avec bruit de drapeau, expectoration sanguinolente, hémopysies copieuses ayant entraîné l'anémie et la débilitation.

Après s'être assuré de la présence de l'annélide par un examen laryngoscopique, on peut faire l'extraction (sous anesthésie cocaïnique) avec la pince de Suarez de Mendoza.

II. Garçon de 12 ans. Depuis deux mois, sangsue à la voûte du naso-pharynx. On avait porté le diagnostic de la tuberculose. Extraction avec une pince à végétation.

III. Bébé, 2 ans, rétrécissement œsophagien cicatriciel par ingestion antérieure de potasse caustique, avale une olive entière qui s'enclave dans l'œsophage. Déglutition impossible, même pour les liquides. Consomption rapide par défaut d'alimentation. Le corps étranger, qui était arrêté près du cardia, fut extrait avec le panier de Græfe sans aucune difficulté. Mort douze heures après. Mossé.

Corps étranger resté deux ans dans la bronche gauche. Extraction par voie directe. Guérison, par H. VON SCHRÄTTER (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 51, 1907).

Ce cas a un intérêt clinique de premier ordre, sous ce rapport qu'il montre que, pour un bon diagnostic, les détails anamnestiques ont leur importance. Le malade de Schrätter rapportait tous les troubles dont il se plaignait à l'aspiration d'un corps étranger. Par

contre, le diagnostic posé à la clinique était celui d'emphysème, bronchite diffuse, et, pour expliquer les troubles dyspnéiques, on a été assez heureux de trouver quelques polypes dans le nez. Deux ans après l'accident, Schrötter a eu l'occasion d'examiner le malade. Voyant que les signes d'auscultation étaient plus marqués du côté gauche, surtout se basant sur ce que la respiration était notablement diminuée à gauche en dehors de la région précordiale, et tenant compte de l'affirmation du malade d'avoir aspiré un morceau d'os, Schrötter pose le diagnostic de corps étranger dans la bronche gauche. Dans la suite de l'article, Schrötter donne une description magistrale de l'extraction de ce morceau d'os en insistant sur tous les détails de la technique. Malgré la longue durée de la maladie, le malade est revenu à la santé après l'extraction du corps étranger; même les symptômes de bronchectasie ont rétrogradé.

LAUTMANN.

Corps étranger de la bronche droite (sifflet) chez un enfant de 4 ans. Extraction par la bronchoscopie inférieure, par CLAOUÉ et BÉGOIN (*Revue hebdomadaire de laryngol., otol. et rhinol.*, 4 mai 1907).

Enfant, âgé de 4 ans, ayant depuis vingt et un jours un sifflet métallique dans la bronche droite. Ce corps étranger était très bien supporté. La radiographie montra son existence et précisa sa situation au niveau de la cinquième côte à droite.

Trachéotomie préliminaire, lente, avec hémostase parfaite. Introduction d'un tube de 7 millimètres de diamètre par la partie inférieure de la trachée bien cocaïnée. Le corps étranger est vu dans la bronche droite, à 40 centimètres de la plaie trachéale; il est saisi avec une pince à griffes. Suture immédiate et totale de la trachée. Guérison sans complication et par première intention.

Les auteurs préconisent dans des cas identiques la bronchoscopie inférieure, car chez l'enfant au-dessous de 7 ans la bronchoscopie supérieure présente plus de difficultés. D'ailleurs la bronchoscopie inférieure ne présente aucun danger opératoire et guérit en quelques jours, grâce à la suture trachéale immédiate.

A. HAUTANT.

Sur quelques cas de maladie de la trachée et des bronches diagnostiqués par la trachéo-bronchoscopie, par MAX MANN (*Münchn. mediz. Wochenschr.*, n° 23, 1907).

La trachéo-bronchoscopie ouvre un nouveau chapitre de pathologie. Pour le moment, il est encore nécessaire de rapporter chaque cas publié contenant un fait autre que l'extraction heureuse d'un corps étranger, ou simplement le récit d'une trachéo-

scopie réussie. Il se rencontre un certain nombre de cas dans le livre de Schrötter pour lesquels l'indication de la trachéoscopie n'était pas nette. De même, dans le travail que nous avons à analyser, il se trouve un fait mentionné où la nécessité de répéter la trachéoscopie ne paraît certainement pas prouvée.

OBSERVATION I. — Ouvrière de 34 ans, consulte le 1^{er} septembre 1906. On trouve un ozénetype avec croûtes dans le pharynx et le larynx. Après avoir débarrassé les cordes de leurs croûtes, on trouve au-dessous de la commissure antérieure une tumeur grosse comme un grain de chènevis, empêchant les cordes de se toucher. Cette tumeur paraissait très lisse et très dure, tous les instruments dérapent. Par la suite, Mann reconnaît qu'il y avait toute une série de ces petites tumeurs. Il procède, le 28 octobre, à la trachéoscopie directe, qui lui permet de constater que ces tumeurs étaient implantées par groupes.

OBSERVATION II. — Jeune fille de 18 ans, atteinte d'ozène nasolaryngé. Dans la trachéoscopie directe, Mann reconnaît de la sécrétion ozéneuse dans toute la trachée.

La muqueuse trachéale est dans un état de congestion.

Ces deux cas, joints au cas de Killian et à celui de Schrötter, montrent que l'ozène peut amener des troubles dans le nez différant de ceux de la trachée. Il s'agit probablement de petits ostéochondromes de la trachée.

OBSERVATION III. — Dans la troisième observation, Mann reconnaît une compression de la trachée, en forme de fourreau de sabre, due à un goitre. Dans la profondeur de la trachée, on voit une tumeur recouverte de muqueuse normale, de consistance dure, implantée dans la paroi postérieure de la trachée. On exécute l'opération (résection du goitre, qui paraît sarcomateux). Il a fallu sectionner le récurrent. Un mois plus tard, la malade se trouve très bien. Elle a été trachéoscopée deux fois. La trachée est devenue plus large. La tumeur intratrachéale a diminué.

OBSERVATION IV. — Homme de peine de 21 ans. Forte dyspnée depuis le milieu de novembre. Mauvais état général. La respiration stridoreuse ne permet pas d'auscultation détaillée. Larynx normal. A la trachéoscopie, on reconnaît à 22^{cm},5 de l'arcade dentaire, une sténose en forme de fente sagittale, large de 0^{mm},004 à peu près. L'inspection est difficile à cause de la sécrétion incessante. A une

nouvelle séance, le malade a une légère hémorragie due à un coup de tampon malheureux qui déchire la muqueuse trachéale.

Quant à l'étiologie de ce cas, on n'a que des hypothèses. Le plus probable, c'est qu'il s'agit de compression par les ganglions péritrachéaux tuberculeux. Aux rayons X, on voit une arborisation nette dans la région du hile, ce qui indique ou une calcification anormale des bronches et des vaisseaux, ou une infiltration des ganglions. Syphilis, tumeur maligne, goitre sous-sternal, thymus persistant, peuvent être exclus.

Les deux cas qui suivent montrent également une trachée intacte avec bronches altérées.

OBSERVATION V. — Un chauffeur de 55 ans fait, à la fin d'août 1905, une pleuro-pneumonie qui dure quatre mois. Depuis, il a gardé de la dyspnée. Bruits de sténose à l'inspiration. Le côté gauche du thorax respire moins bien que le côté droit. Paralyse du voile à gauche. position cadavérique de la corde gauche, cœur normal, poumon droit normal ; à gauche, matité à la base probablement due à l'ancienne pleurésie. Dans la trachéoscopie (le 6 octobre), la bronche gauche paraît rétrécie, près de la bifurcation, et à 30^{cm}, la bronche paraît complètement fermée. La muqueuse paraît normale. Les rayons X montrent l'arborisation nette des bronches. L'explication de ce cas est difficile. La compression par des ganglions tuberculeux expliquerait tout, mais elle n'est pas prouvée. Une autre hypothèse serait de considérer le malade comme atteint d'anthracose. Nous savons que, par l'anthracose des ganglions péribronchiques, les bronches peuvent être tellement enserrées et comprimées que les poumons sont complètement privés d'air. Un cas analogue se trouve dans le livre de Schrötter.

OBSERVATION VI. — Un employé de chemin de fer âgé de 60 ans est atteint de toux avec légère expectoration depuis deux ans. Diagnostic : bronchite chronique. Traitement : iodure de potassium. Légère amélioration. Quelque temps après, petit crachement de sang qui se répète plusieurs fois. Pas de bacilles de Koch. Pour rechercher la source de l'hémoptysie, Mann exécute la trachéoscopie. La trachée paraît normale, mais, dans la bronche droite, on voit une petite tumeur de couleur et de forme ressemblant à une framboise. Cinq jours plus tard, nouvelle trachéoscopie et excision d'un morceau pour biopsie. Le malade se trouve soulagé pendant un certain temps. Il s'agit d'un carcinome du poumon. C'est Killian le premier qui a vu le carcinome

du poumon chez le vivant. Schrøtter consacre de longs développements au diagnostic du cancer du poumon. Le cas de Mann est intéressant, parce qu'il manque de tout autre symptôme objectif. Le diagnostic sûr ne peut être porté dans un cas analogue que par la bronchoscopie. A l'avenir, les médecins devront être prudents quand, à l'auscultation, ils ne trouvent pas de raison nette expliquant une hémoptysie. L'âge du malade n'a pas d'importance, car, sur les 5 cas de cancer du poumon diagnostiqués par la trachéoscopie, 2 concernaient des individus jeunes encore.

LAUTMANN.

III. — DIVERS.

Compte rendu scientifique du fonctionnement du service otolaryngologique de la faculté de Bâle (professeur SIEBENMANN), 1903 et 1904, par NAGER (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIII, nos 2 et 3).

La statistique du service ne paraîtra qu'avec le tirage à part. Dans cet article, Nager cite seulement quelques cas intéressants et donne avec chaque cas des aperçus.

Chez un homme de 36 ans, a été enlevée une tumeur, occupant le lobule et une partie de l'hélix. L'examen microscopique a fait reconnaître qu'il s'agissait de lupus hypertrophique. Ce lupus hypertrophique du pavillon de l'oreille se voit généralement à la suite du percement du lobule. Dans le cas présent, il s'agissait de congélation. L'opération large donne la plus grande chance.

Après trépanation de la mastoïde, on a l'habitude chez Siebennann de transformer la brèche osseuse en dépression avec bords graduellement montants. Sur les bords de la plaie, on fixe les tissus mous pour les couvrir entièrement. Pendant le pansement, le pavillon est accolé contre la tête. De cette façon, on évite la formation, quelquefois persistante, d'une cavité dans l'os, plus ou moins remplie de tissu fibreux, en contact perpétuel avec les voies respiratoires supérieures et formant pour ainsi dire une grosse cellule pneumatique, donnant lieu parfois à une récurrence.

L'otite moyenne aiguë suppurée, sans perforation du tympan, se compliquant de mastoïdite, n'est pas toujours d'un diagnostic aisé chez les enfants chez lesquels elle peut se manifester seulement par tuméfaction rétro-auriculaire et donner le change avec une suppu-

ration ganglionnaire, par exemple. Ces abcès pointent relativement haut derrière l'oreille. Le pronostic n'est pas trop mauvais, ce qui est d'autant plus heureux que la reconnaissance de la vraie nature de cette tuméfaction n'est, comme nous l'avons dit, pas toujours facile. Chez l'adulte, au contraire, les complications sérieuses sont fréquentes. Quelquefois, une véritable indication pour la paracentèse n'existe pas, cependant que les complications profondes progressent. La principale maladie est alors non pas dans la caisse, mais dans les grandes cellules périphériques terminales.

Bezold a déjà décrit des mastoïdites sans perforation du tympan, avec fusion vers le cou. Voss et Nager (analysés dans les *Annales*) ont cité des affections du sinus consécutives aux otites et sans trace de celles-ci.

Parmi les complications de l'otite moyenne aiguë, on a observé un cas avec sarcomatose générale de la peau. Le diagnostic n'a pas dû être facile dans ce cas, quand, après opération de la mastoïde, la gravité de l'état ne voulait pas s'améliorer. Vers la fin, la cachexie généralisée et l'aspect de la peau ont établi le diagnostic. Dans un autre cas, concernant une jeune fille de 11 ans, l'otite aiguë s'était compliquée, après une période d'accalmie, de pyémie.

A part une perforation centrale du tympan, un peu de sécrétion fétide dans le conduit, aucun signe local. Mais l'enfant avait des frissons, une métastase au poumon et dans l'articulation de l'épaule. Ces derniers symptômes indiquaient l'opération. Avant d'attaquer le foyer, on a réséqué une partie de la veine jugulaire. Cette intervention et le nettoyage d'une thrombose gangreneuse ont amené la guérison dans ce cas, qui paraissait désespéré.

La difficulté qu'on rencontre dans le diagnostic d'un abcès du cerveau consécutif à une otite aiguë est illustrée par le cas suivant, que nous résumons avec quelques détails.

Un homme de 40 ans se présente dans la consultation privée de Siebenmann, se plaignant de surdité depuis trois semaines. Depuis huit jours, il se plaint de douleurs de tête, surtout la nuit. Siebenmann exécute la paracentèse, qui provoque une otorrhée abondante. Les douleurs ne cessent pas. Pas de vomissements ni de frissons. L'apophyse mastoïde, sensible. L'état ne s'améliorant pas, et à cause de la chute de la paroi supérieure du conduit, on procède, le 4 mars, à l'ouverture de la mastoïde. On vide des cellules jusqu'au-dessus de l'antre. La fosse cérébrale moyenne paraît normale, le sinus également. Pendant la semaine suivante, fièvre, céphalée.

Le 13 mars, 38° 2, pouls 84, fente palpébrale gauche peut-être un

peu plus large qu'à droite. Pupilles réagissent paresseusement. Percussion de la tête douloureuse. Le malade est apathique, mais pas d'autres troubles du système nerveux.

Le 21 mars : depuis huit jours, pas de fièvre, l'oreille est sèche. Un examen fait en présence du professeur Denker ne permet aucune constatation anormale. On a su plus tard que la femme du malade a trouvé le malade le matin, couché par terre, ce qui l'a décidée à faire sortir son mari immédiatement. Le malade a quitté la salle à pied. Il est tombé et a dû être transporté en voiture chez lui.

Le 22 mars, Siebenmann, appelé en consultation, constate une paralysie du bras gauche avec contraction de la main gauche, parésie de la jambe gauche. Fond de l'œil normal. Diagnostic : abcès du cerveau. A l'opération, exécutée le 24 mars, on trouve un abcès dans le lobe temporal gauche. Dans le pus des streptocoques. Mort le lendemain.

On connaît la gravité de l'otite scarlatineuse, quoique avec les progrès hygiéniques elle soit moins fréquente. A la clinique de Siebenmann, on a observé une double otite postscarlatineuse, compliquée de mastoïdite, qui a occasionné une surdité bilatérale complète. La cause de cette surdité n'a pas été reconnue dans ce cas. L'hypothèse la plus vraisemblable est que, dans le cas en question, l'inflammation a gagné le labyrinthe par la fenêtre ronde. Les autres hypothèses, nécrose du labyrinthe, névrite acoustique, surdité méningitique, ont pu être éliminées.

La tuberculose de l'oreille chez l'enfant commence à être reconnue relativement fréquente. L'absence de réaction violente, la marche lente de l'affection peuvent éveiller l'attention chez le clinicien, surtout quand il s'agit de petits enfants. Un cas d'otite moyenne tuberculeuse chez un enfant de 9 mois, rapporté par Nager surtout avec détails de l'autopsie, paraît être un cas de tuberculose auriculaire, dans lequel l'infection a débuté par la muqueuse. Dans ce cas-là, on a pu reconnaître au microscope le début de la labyrinthite tuberculeuse.

La guérison opératoire de l'otite tuberculeuse chez l'adulte est rare. Un cas a été observé et publié dans une thèse (I. Dreyfuss, Bâle). La guérison a été prévue dans la thèse et est aujourd'hui confirmée par la publication de Nager.

Un deuxième cas de lésion moins étendue, mais plus intéressant, est le suivant :

Il s'agit d'une femme de 53 ans, qui a été opérée huit ans avant l'affection actuelle d'un cancer de l'utérus. Cette femme, très

musicienne, est devenue brusquement sourde dans la nuit du 3 mars 1904, sans le moindre symptôme concomitant. Elle prétend que, d'une minute à l'autre, l'ouïe s'est perdue. Depuis le milieu de mars, otorrhée à droite sans douleurs. La malade craint une métastase de son carcinome. A l'examen, le 6 juin, on trouve dans le conduit droit un peu de sécrétion fétide, sanguinolente. La région du tympan est bombée et forme une tumeur rougeâtre qui se laisse contourner par la sonde. Une perforation n'est pas visible, mais on entend un bruit de perforation à la douche. L'examen fonctionnel permet de reconnaître à droite une surdité pour la voix, sans surdité absolue pour les sons. Le diagnostic a été hésitant entre néoplasie de l'oreille moyenne, cholestéatome avec tympan intact ou tuberculose.

Sous anesthésie locale, on enlève la tumeur, qui est reconnue comme étant de nature tuberculeuse. Trois jours plus tard, voix chuchotée à 2 centimètres, cautérisations du fond du conduit par la pâte arsenicale.

Le 4 juillet, on constate absence totale du tympan. Promontoire couvert de muqueuse presque normale, manche du marteau nu, blanc. L'antré paraît libre.

Le 22 juillet, un lavage ramène le manche du marteau. L'épidermisation fait des progrès. La malade se plaint de diplacousie.

Le 27 décembre, guérison complète. Voix chuchotée entendue à 4 centimètres. A la place du tympan, des brides fibreuses solidement adhérentes à la paroi du labyrinthe. Pas de bruits de perforation.

Ce cas est remarquable pour plusieurs raisons : rapport du cancer avec tuberculose, sondaineté de l'apparition de l'affection auriculaire ; effet heureux du traitement local et absence de toute autre lésion de tuberculose dans l'organisme entier.

A propos de l'otite suppurée, compliquée ou non de cholestéatome, Nager nous décrit les principes du traitement conservateur de l'otite suppurée, qui correspond au traitement connu par l'acide borique. Quand l'acide borique n'est pas bien supportée, on insuffle de l'iodoforme ou de l'airiol. Ce dernier a l'inconvénient de former des croûtes. Les otorrhées chroniques, chez les enfants, sont heureusement influencées par l'administration de l'huile de foie de morue phosphorée. Dans l'opération du cholestéatome, on insiste surtout sur la plastique, d'après Siebenmann. Il est important de ne pas curetter trop radicalement la matrice du cholestéatome, pour faciliter, par la conservation d'une partie de la base cholestéatomateuse, l'épidermisation.

Depuis plusieurs années, on ne curette plus le recessus tubaire, et on ne voit pas non plus les suppurations interminables de ce coin. Changement quotidien du pansement et emploi des mèches non irritantes constituent l'ensemble des préceptes.

Nous ne pouvons pas quitter ce chapitre de l'otite cholestéatomateuse sans mentionner un cas observé chez une fillette de 3 ans et demi, qui a été reçue à l'hôpital avec le diagnostic de pérityphlyte et de méningite, jusqu'à ce qu'un gonflement pré-auriculaire ait mis sur la voie et ait permis de diagnostiquer une otite moyenne suppurée avec cholestéatome, se terminant par la mort à la suite de complications endocraniennes.

Très intéressant est aussi un autre cas d'otite moyenne cholestéatomateuse compliquée de labyrinthite et de thrombose du sinus, avec abcès du cervelet du côté opposé. Le diagnostic d'abcès du cerveau a été fait grâce aux symptômes suivants. Rareté du pouls, température basse, vertige, respiration de Cheyne-Stokes. La surprise, sur la table d'autopsie, a été grande, de trouver un abcès du cervelet du côté opposé. Il faut considérer cet abcès comme abcès métastatique. Ces abcès ~~contra-latéraux~~ du cerveau sont très rares.

Enfin il a été observé un cas intéressant d'otite moyenne cholestéatomateuse avec séquestre du labyrinthe et guérison. A cette occasion, Nager récapitule brièvement nos connaissances sur le séquestre du labyrinthe. D'après Bezold, il faut distinguer la formation du séquestre chez l'enfant et chez l'adulte : chez l'enfant, le tissu spongieux entourant la capsule osseuse du labyrinthe entre en suppuration et de cette façon s'élimine une partie de l'os, labyrinthe entier ou grande partie du labyrinthe, baignant dans le pus. C'est le processus classique d'ostéomyélite. Chez l'adulte, il se fait généralement une irruption dans le labyrinthe lui-même, avec exfoliation des parcelles du labyrinthe. Chez l'enfant, la nécrose du temporal se voit surtout chez des sujets avec mauvais état général. Chez l'adulte, la nécrose du labyrinthe est indépendante de l'état général, quoique on connaisse plusieurs cas de nécrose du labyrinthe chez des tuberculeux et carcinomateux. Chez les tuberculeux, la réaction est très atténuée. Il n'y a presque pas de formation de granulation. L'exfoliation est énormément retardée, et souvent le malade meurt de cachexie. Chez l'adulte, la nécrose du labyrinthe, quand il ne s'agit pas de tuberculose, se voit surtout dans les cas négligés. La rétention de la sécrétion fétide est un facteur très important pour la nécrose, ce qui est important pour le pronostic.

LAUTMANN.

Rapport sur le fonctionnement de ma clinique oto-laryngologique entre le 1^{er} octobre 1905 et le 1^{er} avril 1907, par SCHÖNEMANN
(*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 7, 1907).

Cet article comporte une partie de statistique dans laquelle Schönemann donne un exposé numérique des cas observés par lui et des opérations faites à sa clinique. L'intérêt scientifique d'une pareille statistique n'est pas grand, surtout quand il s'agit d'un mouvement des malades relativement restreint (oreilles, 360 consultations; pharynx-larynx, à peu près 1000; nez, 380).

La deuxième partie contient un peu de casuistique. Nous retiendrons des 5 observations publiées les notes suivantes :

Schönemann croit avec Bezold que, dans la transmission osseuse du son ne sont perçues que les ondes transmises par les osselets (perception cranio-tympanique), tandis qu'une transmission cranio-labyrinthaire est peu vraisemblable. — La mort après adénotomie est heureusement un accident rare. La publication de ces cas malheureux est toujours intéressante. Schönemann a observé une méningite cérébro-spinale purulente terminée par la mort, se déclarant quinze jours après une adénotomie. Il n'y a eu après l'adénotomie aucun symptôme alarmant, immédiat, aucun symptôme local. Le malade a été opéré pour une céphalée persistant depuis un an. Au moment de l'opération, existait un catarrhe muco-purulent du nez. L'opéré s'est présenté onze jours après l'adénotomie, se plaignant toujours de ses maux de tête. Pas de température, pas de dysphagie, pas de sensibilité à la pression dans la région frontale. Comme explication, Schönemann croit que son opéré était atteint d'une sinusite frontale latente, qui, pour une raison inconnue, « a jeté son pus dans la cavité crânienne ». Cette dernière explication nous paraît tout à fait hypothétique. Ajoutons que l'opération a été faite avec les ciseaux de Denker.

La disparition du complexe symptomatologique de Ménière, à la suite de guérison opératoire de labyrinthite, a été observée déjà de différents côtés. Notre auteur publie une observation analogue recueillie chez un homme de 32 ans. Très intéressante est aussi l'observation suivante concernant un adulte atteint d'otite tuberculeuse bilatérale et guéri par un traitement conservateur (insufflation d'iodoforme). L'auteur a trouvé dans la sécrétion otorrhéique les bacilles de Koch. Pareille constatation nous paraît exceptionnelle. Le diagnostic de l'otite tuberculeuse au microscope ne pourra généralement se faire que dans des coupes anatomiques.

LAUTMANN.

Vieilles gens, nouvelles idées, par CHAVANNE (*Revue hebd. de laryngol., otol. et rhinol.*, 14 sept. 1907).

En parcourant le *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, de Jean-Louis Petit (1674-1730), Chavanne a trouvé dans ce vieux livre des idées dont quelques-unes pourraient passer presque pour nouvelles.

C'est ainsi qu'il y a copié des observations de : ouverture précoce des amygdalites phlegmoneuses, amygdalites périphlegmoneuses; faits d'intervention hâtive dans les mastoïdites, dans les abcès extraordinaires; le drainage de la caisse par les mèches de gaze introduites dans le conduit; des curiosités comme l'élimination des osselets et de fragments de l'oreille interne; la connaissance exacte des diverses réactions de la mastoïde et des fosses nasales sous l'influence de la syphilis.

Chavanne a en outre trouvé dans ce livre des planches figurant des instruments, dont certain ne dépareraient pas les vitrines actuelles.

A. HAUTANT.

NÉCROLOGIE

L. KATZ

Le professeur L. KATZ (de Berlin) est mort subitement le 14 septembre 1909 dans le train qui le conduisait à Meran. Il avait acquis quelque notoriété par ses recherches anatomiques et s'était consacré à l'histologie normale et pathologique du labyrinthe. On lui doit aussi les premières notions sur les altérations du rocher et des osselets au cours de l'otosclérose.

NOUVELLES

NOMINATIONS.

Le Dr GLAS (de Vienne) est nommé docent de laryngologie.

Les Drs RATZENSTEIN (de Berlin) et WAGNER (de Berlin) sont nommés privat-docent d'otologie.

Le professeur STENGER est appelé à Königsberg pour remplacer le professeur HEINE, qui passe à Munich.

NOUVELLES DIVERSES

PRIX POLITZER.

A la séance de clôture du VIII^e Congrès international d'otologie à Budapest, le professeur Politzer a fondé un prix de 3 000 francs, soumis aux mêmes règles que le prix Lenval, et qui sera décerné par le prochain Congrès à Boston.

PRIX COZZOLINO.

Le professeur Cozzolino a offert un prix de 1000 francs à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Contributions à l'anatomie pathologique, à la thérapeutique clinique locale et générale et à la prothèse acoustique physio-électrico-mécanique, dans les lésions du tympan causant la surdité progressive, les bourdonnements, etc.*

Ce prix sera décerné au IX^e Congrès international d'otologie à Boston, en 1912. Le jury en sera nommé à la première séance du Congrès. Le fondateur du prix en fera partie de droit.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

AURELIO ZANCLA : Ricerche anatomo-patologiche in [un caso di sordo mutismo e contributo sperimentale allo studio del decorso della branca cochleare dell' VIII paio (Extr. de *Rev. Ital. di Neuro-patol. Bich. et Elettr.*, vol. I, fasc. 7).

LUCIANO BARAJAS : Infeccion sinusal septico-puohemica de origen otico (Extr. de *Boletin de Laryngol.*, Jul. Agosto, 1909).

RAYNAL : Deux cas d'hypertrophie gingivale généralisée congénitale et familiale (Extr. de *Marseille médical*, n° 19, 1909).

HANAN W. LOEB : A study of the anatomic relations of the optic nerve to the accessory cavities of the nose. (Extr. de *Annals of otolog., rhinol. and laryngol.*, June 1909).

WILL BRAISLIN (Brooklyn, N. Y.), A study of some casts of the infantile pharynx, etc. (Extr. de *Transact. of the Americ. otolog. Society*, vol. XI, part II, 1909, p. 437 à 488).

KOPETZKY (N. Y. C.) : Two atypical case of sinus thrombosis (Extr. de *American Journ. of Surgery*, February, 1909).

HOPETZKY (N. Y. C.) : The indications for the radical mastoid operation, based upon pathologic lesions (Extr. de *Annales of otolog.*, March 1909).

ROLLESTON : Notes on hæmorrhagic Diphteria (Extr. de *The medical press and circular*., oct. 1909. Baillière, Tindall and Cox, Londres, 1909).

J. GAREL : Diagnostic et traitement des maladies du nez : Rhinoscopie, 3^e édit., 1 vol. de 458 pages ; Vigot frères, édit. Prix : 7 francs.

Lorsque le praticien aura inutilement épuisé la liste des ferrugineux et reconstituants, sans guérir ses anémiques, neurasthéniques, consomptifs, débilités, etc., il obtiendra des résultats qui le surprendront en faisant usage du sirop d'hémoglobine Deschiens, qui permet de réaliser une opothérapie hématique intense et rapide, sans imposer la moindre fatigue aux organes digestifs.

Benzocalyptol (Inhalations et gargarismes). — Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches. (Voir aux Annonces.)

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER



THE ORIGINAL & ONLY

